



at.

1

o

Anat.

181 to

Gerken

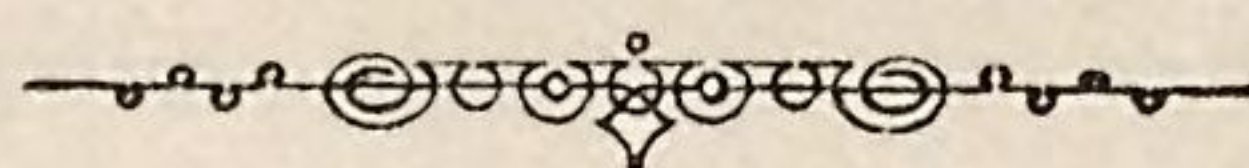
КЪ ВОПРОСУ
О
ПРОЛИФЕРИРУЮЩИХЪ КИСТАХЪ ЧЕЛЮСТЕЙ
И
ГАЙМОРОВОЙ ПОЛОСТИ.

Николая Герцена.

КАЗАНЬ.
Типографія Г. М. Вечеслава.
1892

КЪ ВОПРОСУ
О
ПРОЛИФЕРИРУЮЩИХЪ ВИСТАХЪ ЧЕЛЮСТЕЙ
И
ГАЙМОРОВОЙ ПОЛОСТИ.

Николая Герцена. *Gerken*



КАЗАНЬ.
Типографія Г. М. Вечеслава.
1892.



Дозволено цензурою. Казань, 4 Февраля 1892 года.

В в е д е н і е.

Челюстные опухоли составляют обширный отдѣлъ хирургической патологіи, и нельзя передать въ краткихъ словахъ всѣхъ патолого-анатомическихъ особенностей, свойственныхъ имъ. Въ челюстяхъ встрѣчаются всѣ виды опухолей, наблюдаемые и въ прочихъ костяхъ, начиная съ невинной остеомы и кончая самыми злокачественными саркоматозными наростами; но, кромѣ того, этотъ отдѣлъ имѣетъ свои особенности, выражающіяся въ частомъ появленіи эпителиальныхъ опухолей, первично развивающихся въ челюстяхъ. Обыкновенно это—раки; въ рѣдкихъ случаяхъ—опухоли, въ возникновеніи своемъ тѣсно связанныя съ зубообразовательнымъ процессомъ и въ строеніи повторяющія типъ фізіологической эпителиальной зубной закладки.

Новообразованія послѣдняго рода имѣютъ двоякій интересъ, который можетъ выдвинуть изученіе ихъ за узкіе предѣлы хирургической спеціальности. Во первыхъ, дополняется и безъ того небольшая группа новообразованій, въ которыхъ расположеніе эпителія сохраняетъ тотъ или другой фізіологическій типъ,—группа аденомъ; во вторыхъ, изученіе даетъ возможность наглядно констатировать существованіе процесса развитія для эпителиальныхъ островковъ аденомъ; опухоли повторяютъ разнообразіе формъ и развитіе фізіологическаго, зубного эпителиальнаго ростка.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ рассматриваемый отдѣлъ новообразованій является подъ видомъ пролиферирующихъ кистъ и составляетъ въ патологіи челюстныхъ костей своеобразное явленіе, подобнаго которому мы не встрѣтимъ въ другихъ костяхъ скелета. Кисты въ послѣднихъ могутъ на-

блюдаться, но пролиферирующія кисты свойственны исключительно челюстямъ. Это названіе пролиферирующихъ кистъ я и выставилъ въ заголовкѣ работы.

Съ другой стороны, отдѣлъ пролиферирующихъ кистъ челюстей будетъ не полонъ, если не упомянуть о кистахъ, развивающихся въ оболочкѣ Гайморовой полости; хотя бѣольшая часть послѣднихъ относится къ простымъ, ретенціоннымъ кистамъ, но, какъ показываетъ приводимое ниже описаніе, существуютъ несомнѣнныя пролиферирующія кисты, имѣющія источникомъ происхожденія элементы слизистой оболочки пазухи.

Въ виду того, что подобныя опухоли составляютъ рѣдкую находку, я, занимаясь вопросомъ о пролиферирующихъ кистахъ челюстей, счелъ тѣмъ болѣе необходимымъ сдѣлать параллельный обзоръ кистъ Гайморовой полости и подробно описалъ случай, встрѣтившійся мнѣ.

I.

ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОРЪ.

По словамъ Reynaud ¹⁾ и Albarran'a ²⁾, первый авторъ, упоминающій о кистахъ челюстей, былъ Scultet (1654 г.), но въ своемъ описаніи онъ ничего не говоритъ о причинахъ развитія челюстныхъ кистъ, и только Fauchard въ XVIII столѣтіи (1728 г.) указываетъ на зависимость образованія ихъ отъ болѣзней зубовъ.

На верхней челюсти опредѣленіе мѣста возникновенія кисты затрудняется присутствіемъ Гайморовой полости, въ которую зубная новообразованная киста иногда легко прорастаетъ и, при поверхностномъ изслѣдованіи, можетъ быть принята за скопленіе жидкости въ пазухѣ. Въ одномъ изъ наблюденій Runge, приведенныхъ Jourdain'омъ ³⁾, корень клыка верхней челюсти смотрѣлъ непосредственно въ полость кисты, и на этомъ основаніи Runge допускалъ первичное возникновеніе челюстныхъ кистъ въ области зубныхъ корней. Напротивъ, Jourdain отстаивалъ идею о задержаніи и скопленіи слизи въ Гайморовой полости,—идею, державшуюся въ наукѣ до послѣдняго времени. Обширный трудъ Jourdain'a появился въ 1778 г., и по его книгѣ, во многомъ не потерявшей своего значенія и для настоящаго времени, легче всего судить о недостаточности и спутанности знаній, существовавшихъ въ то время по разсматриваемому вопросу. Въ сочиненіи нѣтъ ни одной главы, посвященной кистамъ челюстей, и нѣсколько случаевъ, которые мы нынѣ не можемъ принять иначе какъ за зубныя кисты верхней челюсти, описаны въ главѣ о водянкѣ челюстной пазухи.

Относя такимъ образомъ жидкія скопленія въ верхней челюсти къ водянкѣ Гайморовой полости, Jourdain однако не могъ удержаться при своихъ исключительныхъ взглядахъ и, уступая силѣ фактовъ, самъ же указалъ на возможность образованія кистъ и въ веществѣ кости. При страданіи лимфатическихъ сосудовъ *diploë* челюсти, говоритъ онъ, возможно скопленіе жидкости, которая размягчаетъ и растягиваетъ кость, при чемъ Гайморова полость можетъ остаться непораженной *). Но еще болѣе затрудненій встрѣтилось ему при описаніи кистъ, содержащихъ зубы. Въмѣсто всякихъ объясненій Jourdain кратко упоминаетъ лишь про игру природы **).

Каковы бы ни были взгляды автора на патологию этихъ образованій, въ наблюденіяхъ его мы легко узнаемъ всѣ описываемыя и нынѣ разновидности кистъ, и, кажется, что во второй части своего трактата на стр. 127, въ главѣ о вздутіи нижней челюсти (*du Spinaventosa*), Jourdain описываетъ и рѣдкій видъ такъ называемыхъ многополостныхъ кистъ нижней челюсти. Отсюда одно заключеніе,—болѣзнь наблюдалась и въ прошломъ столѣтіи; что, впрочемъ, само собою разумѣется.

Въ руководствѣ Delpech'a ⁴⁾ (1816 г.) уже строго различаются страданія Гайморовой полости и кисты, развивающіяся при корняхъ зубовъ. Описаніе припадковъ послѣднихъ сдѣлано кратко, но живо. Болѣзнь начинается неопредѣленными, постепенно усиливающимися болями, которыя наконецъ ясно относятся къ одному зубу. Этотъ зубъ иногда расшатывается, а на деснѣ можетъ образоваться одинъ или нѣсколько нарывовъ. Если зубъ извлекаютъ заблаговременно, и если вмѣстѣ съ нимъ удаляется на корнѣ зародышъ кисты, то съ этимъ болѣзнь можетъ счастливо окончиться; иначе киста постепенно достигаетъ бѣльшихъ размѣровъ и распираетъ челюсть или

*) Jourdain. I. с. Т. I, p. 116.

**) Ibid. p. 119.

ея зубной отростокъ. При выдергиваніи зубовъ, въ послѣднемъ случаѣ обыкновенно уже шатающихся, вытекаетъ содержимое кисты,—прозрачная, тянущаяся въ нити жидкость, подобная густой синовіи.

Болѣе подробно Delresch останавливается на этомъ вопросѣ въ другомъ своемъ сочиненіи⁵⁾, гдѣ приводитъ и исторіи пяти наблюденій. Въ распознаваніи нѣкоторыхъ случаевъ онъ выказываетъ такъ много тонкаго клиническаго анализа, что я рѣшаюсь возможно кратко привести здѣсь одно его наблюденіе.

Зимой 1820 г. къ Delresch'у явился больной 42 л., человекъ крѣпкаго сложенія, рѣдко когда хворавшій. Онъ имѣлъ уже два года у внутренняго угла лѣваго глаза маленькую фистулу, которую считали за фистулу слезнаго мѣшка, и рассказалъ, что испытывалъ въ началѣ болѣзни во всей лѣвой половинѣ верхней челюсти боли, которыя были приписаны простудѣ и лѣчились безуспѣшно; въ скоромъ времени вся щечная область слѣва стала выпячиваться впередъ; опухоль была сначала тверда какъ кость, но скоро вершина ея у слезно-носовой борозды размягчилась и вскрылась произвольно. Хотя при этомъ вытекло очень немного гноя, но съ тѣхъ поръ продолжалось непрерывное выдѣленіе сывороточной матеріи нѣсколько темноватаго цвѣта. Отверстіе такимъ образомъ не зарубцевалось и перешло въ фистулу. Боли въ челюсти сначала прекратились было, но затѣмъ часто возобновлялись, хотя и не съ прежней силой. Въ теченіе этой болѣзни ни разу не наблюдалось даже малѣйшаго раздраженія со стороны конъюнктивы соотвѣтствующаго глаза; рѣсницы по утрамъ никогда не слипались. Эти указанія дали поводъ сомнѣваться въ страданіи слезныхъ путей, и Delresch ввелъ черезъ фистулу зондъ, который прошелъ глубоко, принявъ направленіе внизъ, назадъ и кнаружи, повидимому въ челюстную пазуху. Слезный мѣшокъ не былъ нисколько растянутъ и не содержалъ слезъ. Носовой ходъ съ лѣвой стороны суженъ и пропускаетъ воздухъ со свистомъ. Вся больная область сильно выдавалась впередъ; четыре соотвѣтствующіе коренные зуба смѣщены книзу, но здоровы, сидятъ прочно и не болѣзненны; десны не измѣнены, и отправления глаза вполне нормальны. Эти данныя прежде всего указывали на пораженіе челюстной пазухи. Было очевидно, что стѣнки пазухи постоянно распирались по всѣмъ направленіямъ какой-то силой, дѣйствовавшей изнутри. Зондъ проходилъ въ полость совершенно легко, двигался въ ней свободно, указывая, что внутри не было твердыхъ образований; нигдѣ онъ не касался обнаженной кости и при выниманіи былъ покрытъ вонючею мутною сывороткой.

Delpech не рѣшился допустить въ данномъ случаѣ такъ называемый абсцессъ челюстной пазухи, потому что нельзя было бы объяснить распиранія челюсти и вскрытія нарыва черезъ переднюю стѣнку. Нарывъ челюстной пазухи скорѣе вскроется черезъ ея естественное отверстіе или черезъ новое отверстіе, но въ носовую же полость; кромѣ того, черезъ фистулу никогда не выдѣлялся чистый гной. Delpech говорить: «мысль о кистѣ представилась моему уму, но не въ такой формѣ, чтобы быть убѣдительной и для другихъ». Принимая во вниманіе присутствіе въ полости разлагающейся жидкости, хирургъ рѣшился вскрыть полость путемъ извлеченія 2 или 3 зубовъ, а дальнѣйшее вмѣшательство отложить до полного выясненія болѣзни. Были извлечены 2 малыхъ коренныхъ и первый большой коренной зубы. Одинъ изъ корней смотрѣлъ въ полость кисты и послѣдняя, съ удаленіемъ его, вскрылась,—вытекло много вонючей жидкости. Этимъ Delpech подтверждаетъ распознаваніе. Фистула на лицѣ черезъ 6 дней вполне зарубцевалась, черезъ 3 недѣли опухоль уже значительно уменьшилась, и возврата болѣзни, при дальнѣйшемъ наблюденіи, не было *).

Почти въ одно время съ работами Delpech'а напечатана лекція Duijntren'а ⁶⁾ о кистахъ костей. Лекція преслѣдуетъ главнымъ образомъ практическія цѣли діагностики и терапіи, и мы не найдемъ въ ней ни одного слова о происхожденіи челюстныхъ кистъ. Чтобы понять нѣкоторыя указанія Duijntren'а,—напримѣръ на патогномичность пергаментнаго хрустѣнія для кистъ костей, нужно имѣть въ виду, что Duijntren далекъ отъ нашихъ понятій о кистахъ и въ одну группу съ послѣдними ставитъ и твердые осумкованныя опухоли. Поэтому, разбирая дифференціальное распознаваніе челюстныхъ кистъ, Duijntren оста-

*) Delpech. 1. с. Т. II, р. 125—130.

навливается лишь на «остео-саркомѣ» челюсти, подъ каковымъ названіемъ вѣроятно понимались и быстро разроставшіяся саркомы и раки челюстей. Впрочемъ, для спеціальнаго распознаванія кистъ съ жидкимъ содержимымъ Duijntgen совѣтуетъ пробный проколъ.

Въ диссертациі Diday (1839 г.) впервые (Albarran, Malassez) высказывается мысль о развитіи кистъ изъ зубныхъ фолликуловъ. Diday обратилъ вниманіе на частое пораженіе челюстей кистами и причину этого отнесъ къ своеобразнымъ особенностямъ челюстей, т. е. къ присутствію и развитію въ нихъ зубовъ.

Надо замѣтить, что въ то время морфологія зубообразованія отчасти была уже извѣстна. Еще въ 1754 г. Herissant ⁷⁾ представилъ Парижской Академіи Наукъ свои наблюденія надъ образованіемъ эмали, гдѣ говоритъ, что развивающіеся зубы въ извѣстное время заключены, каждый отдѣльно, въ маленькіе мѣшечки. При взглядѣ на рисунки, приложенные къ работѣ Herissant, сама собой представляется мысль о возможности развитія кисты отъ скопленія жидкости въ мѣшечкѣ.

Мысль Diday подверглась дальнѣйшему развитію въ трудахъ Nelaton'a и Guibout, и извѣстная группа кистъ челюстей получила названіе фолликулярныхъ (Albarran, Reynaud). Но скоро была описана другая форма такъ называемыхъ многокамерныхъ, многополостныхъ кистъ челюстей, которыя до послѣдняго времени ставились нѣкоторыми изслѣдователями въ особую группу опухолей, независящую отъ зубовъ. Forget, по словамъ Malassez и Albarran'a, первый во Франціи описалъ случай подобной кисты; но, какъ было уже упомянуто, повидимому еще Jourdain, приводитъ одно такое наблюденіе.

Многокамерныя кисты представляютъ собой пролиферирующія кисты челюстей. Хотя долгое время и не думали ста-

вить возникновеніе ихъ въ связь съ зубообразовательнымъ процессомъ, но, какъ увидимъ далѣе, связь эта несомнѣнна.

Авторъ, который еще на шагъ двинулъ впередъ ученіе о кистахъ челюстей, былъ Брога ⁸⁾. Онъ производилъ громадное большинство ихъ также изъ зубныхъ фолликуловъ; но чтобы объяснить, почему иной разъ въ кистѣ наблюдается сформированный зубъ или зачатокъ его, а другой разъ—нѣтъ, Брога предложилъ слѣдующую гипотезу.

Зубныя кисты развиваются изъ фолликуловъ постоянныхъ или молочныхъ зубовъ, а иногда также изъ избыточныхъ фолликуловъ. При образованіи кисты, въ полости зубнаго мѣшечка скопляется жидкость, выдѣляемая его внутреннею стѣнкой; но скопленіе жидкости приводитъ къ разнымъ результатамъ, смотря по времени, когда оно образуется. Если киста образовалась въ первое время существованія мѣшечка,—Брога предлагаетъ называть этотъ періодъ жизни мѣшечка *periode embryoplastique*,—зачатокъ зуба атрофируется подъ давленіемъ скопляющейся жидкости, и въ стѣнкѣ такой кисты мы не найдемъ «ни зуба, ни зубнаго зачатка». Если киста зарождается въ то время, когда уже положено начало тканямъ зуба—*periode odontoplastique*,—то въ стѣнкахъ кисты могутъ встрѣтиться островки зубныхъ тканей. Наконецъ, въ полость кисты будетъ смотрѣть развитая коронка зуба, если возникновеніе кисты произойдетъ въ періодъ полного сформированія зуба,—*periode coronaire*.

Такіе взгляды, повидимому, легко объясняли развитіе простыхъ кистъ и кистъ съ зубами, и оставалось только допустить фолликулярное происхожденіе и для многополостныхъ кистъ. Это сдѣлано послѣдователемъ Брога,—Магитот ⁹⁾, труды котораго о кистахъ челюстей до послѣдняго времени были наиболѣе популярными. Магитот дѣлитъ всѣ кисты на періостальныя и фолликулярныя. Періостальныя развиваются изъ періоста зубныхъ луночекъ, особенно при корняхъ зубовъ, пораженныхъ костоѣдой.

Фолликулярныя кисты бываютъ однополостныя и многополостныя; послѣднія объясняются одновременнымъ пораженіемъ нѣсколькихъ фолликуловъ или послѣдовательной разгородкой первоначально однополостной кисты.

Въ то время какъ французскіе авторы не переставали разрабатывать вопросъ о челюстныхъ кистахъ, въ нѣмецкой литературѣ было мало оригинальныхъ работъ по этому вопросу.

Хеліусъ ¹⁰⁾ упоминаетъ объ этихъ опухоляхъ въ 2—3 строкахъ, Emmert ¹¹⁾ ссылается на Guibout, Веберъ ¹²⁾ приводитъ въ списокѣ литературы главнымъ образомъ французскихъ и англійскихъ изслѣдователей, такъ же какъ и Вирховъ ¹³⁾ въ своей Онкологіи.

Послѣдній періодъ въ исторіи ученій о челюстныхъ и особенно о многокамерныхъ кистахъ начинается съ краткаго сообщенія Verneuil'я ¹⁴⁾, сдѣланнаго въ засѣданіи Парижской медицинской Академіи 1-го Іюня 1875 г. Предметомъ сообщенія служила опухоль нижней челюсти отъ мертворожденнаго зрѣлаго плода. Опухоль, размѣромъ болѣе головки плода, прикрѣплялась къ челюсти и къ нижней поверхности языка широкой ножкой; была плотна, но мѣстами флюктуировала. На поперечномъ разрѣзѣ видно много кистъ, костныхъ и хрящевыхъ островковъ, заложенныхъ въ фиброзной основѣ; послѣдняя состоитъ изъ фиброзныхъ пучковъ, веретенообразныхъ, звѣздчатыхъ и эмбриональныхъ клѣтокъ. Кисты, разсѣянныя въ опухоли повсюду, представляются различными по виду и объему. Содержимое ихъ, тянущееся въ нити, богато эпителиальными клѣтками, плоскими и цилиндрическими; стѣнки кистъ выстланы этими же элементами: однѣ цилиндрическимъ, очень правильнымъ эпителиемъ, другія же многослойнымъ плоскимъ. Островки гіалиноваго хряща и кости разсѣяны повсюду въ формѣ стрѣлокъ и пластинокъ.

Verneuil сопоставляетъ эту опухоль съ подобными же опухолями, наблюдаемыми у взрослыхъ, и указываетъ на сход-

ство строенія кистъ со строеніемъ эмалеваго органа. Онъ допускаетъ происхожденіе опухоли отъ разрощенія остатковъ зубообразовательнаго эпителія, временное существованіе которыхъ, по крайней мѣрѣ въ извѣстный періодъ жизни, установлено работой Legros et Magitot ¹⁵⁾ о развитіи зубовъ. Хотя скоро и появилась статья Magitot ¹⁶⁾, доказывавшая, что приведенное наблюденіе касается собственно случая полигнатіи, но оригинальная мысль о патологической роли остатковъ зубообразовательнаго эпителія уже была высказана. Съ другой стороны былъ указанъ и типъ строенія кистъ, повторяющій эмалевый органъ.

Черезъ годъ ученикъ Verneuil'я, — Reclus, на съѣздѣ французскихъ ученыхъ въ Клермонѣ, сдѣлалъ докладъ о роли остатковъ при развитіи эпителіальныхъ опухолей челюстей. Еще черезъ два года Verneuil *) горячо отстаивалъ свои взгляды въ спорѣ съ Magitot въ Парижскомъ хирургическомъ обществѣ по поводу одного случая многокамерной кисты нижней челюсти.

Приблизительно въ это же время Busch ¹⁷⁾, а за нимъ Kolaczek ¹⁸⁾ описали по одному случаю многокамерныхъ кистъ. Опухоль Busch'а представляла эпителиому, пронизанную малыми кистами. Авторъ высказалъ мнѣніе, что развитіе ея было обусловлено смѣщеніемъ элементовъ наружнаго зародышеваго листка при образованіи челюсти, но не усмотрѣлъ особенностей структуры эпителіальныхъ частей опухоли.

Kolaczek назвалъ изслѣдованное имъ новообразование кисто-аденомой **), повторявшей типъ строенія зародышевыхъ железъ.

Въ 1878 году Falkson ¹⁹⁾ опубликовалъ, быть можетъ и независимо отъ Verneuil'я, сначала въ своей диссертациі, а

*) Bul. et mem. de la soc. de chir. 1878. p. 443.

**) Заглавіе его статьи: Ein cystisches Adenom des Unterkiefers, entstanden nach dem Typus der fötalen Bildung von Schleimdrüsen.

затѣмъ въ Архивѣ Вирхова, результаты изслѣдованія многокамерной кисты нижней челюсти. Его журнальная статья не имѣетъ ссылокъ на Verneuil'я, а его указанія на сходство эмалеваго органа съ микроскопическими кистами опухоли формулированы гораздо болѣе убѣдительно, чѣмъ у Verneuil'я. Falkson считаетъ себя въ правѣ производить опухоль отъ избыточнаго эмалеваго органа. «За это говоритъ сѣтъ звѣздчатыхъ клѣтокъ, цилиндрическій эпителий, безсосудистость и строеніе альвеолъ въ первыя стадіи ихъ развитія» *). Впрочемъ, не необходимо, говорится далѣе, чтобы цѣлый эмалевый органъ подвергся дегенераціи; достаточно, чтобы произошло ненормальное отщепленіе цилиндрическаго эпителия, или еще лучше эпителия *strati intermedii*; и этотъ ростокъ можетъ послужить основой образованія опухоли.

Послѣ Falkson'а казуистическія сообщенія о многокамерныхъ кистахъ сдѣланы Врук'омъ ²⁰⁾, Байер'омъ ²¹⁾, Трзевіцкымъ ²²⁾ и Бүхтеманн'омъ ²³⁾. Первые авторы дополнили Falkson'а, указавъ на присутствіе въ опухоляхъ какъ-бы плоскаго эпителия и его производныхъ, а Бүхтеманн, описывая свой случай и останавливаясь на вопросѣ о гистогенезѣ опухоли, видитъ происхожденіе ея, въ противоположность Falkson'у, въ эпителии десны. Къ этому привело его изученіе топографическихъ срѣзовъ, захватывавшихъ десну.

Въ 1885 г. въ Archives de physiologie напечатана статья Malassez ²⁴⁾ объ околозубныхъ эпителиальныхъ остаткахъ и объ ихъ роли въ патологій челюстей. Работа основана на многолѣтнемъ изученіи вопроса и въ концѣ концовъ даетъ анатомическое подтвержденіе мысли, высказанной впервые Verneuil'емъ ¹⁴⁾, о происхожденіи многокамерныхъ кистъ изъ остатковъ зубообразовательнаго эпителия. Въ виду того, что работа Malassez до послѣдняго времени привлекаетъ къ себѣ вниманіе ученыхъ, особенно нѣмецкихъ, и въ виду малой популярности ея у насъ въ Рос-

*) Falkson. l. c. s. 506.

сіи, я считаю нужнымъ подробно передать все оригинальное въ статьѣ Malassez по возможности его же словами.

При развитіи зуба эмбриональный эпителий съ поверхности челюсти разрастается въ глубь ея по всему зубному краю. Изъ этой закладки извѣстнымъ путемъ развивается эмалевый органъ, имѣющій опредѣленную фізіологическую роль; а на ряду съ нимъ, въ то же время, отлагаются другіе эпителиальные ростки отъ наружнаго эпителія эмалеваго органа и отъ эпителія десны,—ростки, изъ которыхъ не всѣ имѣютъ будущность *). Malassez изучалъ ихъ у зародышей $2\frac{1}{2}$, $4\frac{1}{2}$, 5 и 6-ти мѣсячнаго возраста и раздѣляетъ ихъ по занимаемому мѣсту на три главныя группы: 1) поверхностную, граничащую съ глубокими слоями эпителія десны, 2) глубокую, стоящую въ связи съ наружною поверхностью эмалеваго органа и 3) промежуточную. На разрѣзахъ эти группы иногда совершенно изолированы, а иной разъ, особенно на уровнѣ зубныхъ зародышей, стоятъ между собой въ связи. По формѣ ростки представляютъ или ходы, или кругловатые скопленія эпителиальныхъ клѣтокъ.

Въ старой литературѣ есть указанія на присутствіе ихъ въ деснахъ новорожденныхъ. «Вѣроятно нѣкоторыя изъ этихъ образованій были названы Serres'омъ именемъ зубныхъ железъ (glandes dentaires). Serres говоритъ, что онѣ бываютъ закрыты; при давленіи ничего не выдѣляютъ; но если надъ железой предварительно сдѣлать отверстіе, то выдѣляется бѣлое спиральной формы тѣло, имѣющее консистенцію ушной сѣры. Это вещество по Serres'у имѣетъ назначеніе смазывать десны новорожденныхъ и облегчать такимъ образомъ сосаніе молока; позднѣе железы выдѣляютъ зубной камень**). Наблюденіе Serres'а приводитъ и Келликеръ²⁵⁾ въ своей гистологіи.

*) Эти второстепенные ростки представлены на рисункахъ у Legros et Magitot. l. c.

**) Malassez. l. c. T. V, p. 132.

Malassez сводитъ микроскопическое строеніе ростковъ къ слѣдующимъ пяти типамъ: 1) эпителиальныя образованія изъ закругленныхъ клѣтокъ; встрѣчаются во всѣхъ трехъ группахъ ростковъ; 2) образованія съ периферическими клѣтками, приближающимися по виду къ цилиндрическимъ; встрѣчаются также повсюду; 3) многогранныя клѣтки глубокихъ слоевъ имѣютъ характеръ клѣтокъ мальпигіева слоя, иногда располагаются шарами; этотъ видъ встрѣчается часто въ деснахъ, рѣдко во второй группѣ ростковъ и, повидимому, никогда не находится въ третьей; 4) трубчатые образованія, выстланныя цилиндрическимъ эпителиемъ, и 5) типъ, къ которому относится большая часть ростковъ наружнаго эпителия эмалеваго органа, имѣетъ краевыя клѣтки цилиндрическія, а внутри многогранныя или даже звѣздчатые клѣтки.

Изъ всѣхъ этихъ ростковъ полезными являются тѣ немногіе, которые даютъ начало эмалевому органу постоянныхъ зубовъ. Всѣ прочіе съ правомъ можно назвать неупотребленными ростками *). Legros и Magitot считаютъ, что съ образованіемъ зуба эти кучки эпителия атрофируются, хотя и могутъ иногда наблюдаться вплоть до прорѣзыванія зуба **). Того же мнѣнія держится и Кёлликеръ, допуская существованіе ростковъ лишь въ первое время внѣутробной жизни ***). Но Malassez изслѣдованіемъ челюсти взрослаго субъекта доказалъ, что нѣкоторые изъ ростковъ сохраняются и по окончаніи зубообразовательнаго процесса.

Нижняя челюсть, освобожденная отъ покрывающихъ ее мягкихъ частей за исключеніемъ десенъ, была раздѣлена пилою на извѣстное число кусковъ, заключавшихъ каждый по зубу съ его «связкой» (луночковый періостъ). Послѣ уплотненія

*) У Malassez: les formations aberrantes (?).

**) Legros et Magitot. l. c. p. 470, 471.

***) Кёлликеръ. l. c. стр. 430.

алкоголемъ и послѣ декальцинаціи хромовой и смѣсью пикриновой и азотной кислотъ, кусочки заключались въ гумми-арабикъ или замораживались, и микротомомъ дѣлались срѣзы толщиной въ $\frac{1}{100}$ и въ $\frac{1}{50}$ mmt. Срѣзы красились по большей части пикрокарминомъ и рассматривались въ глицеринѣ. Были изслѣдованы два рѣзца, клыкъ, два малыхъ и одинъ большой коренной зубъ. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ (le plus grand nombre) во внутреннихъ пластахъ связки при корнѣ зуба сидѣли мелкія эпителиальныя клѣточные массы; рѣже встрѣчались онѣ въ наружныхъ слояхъ связки или въ ближайшихъ участкахъ кости. На горизонтальныхъ срѣзахъ остатки располагались кругомъ всего корня, а на вертикальныхъ во всю его высоту, задаваясь иногда даже въ десны. По формѣ эти образования были чрезвычайно различны: кругловатыя, овальныя, вытянутыя, иногда вѣтвившіяся на подобіе гроздевидныхъ железъ. Клѣтки, составлявшія ихъ, большею частью казались многогранными, малыми, какъ-бы сморщенными и прилегали непосредственно одна къ другой; большія ядра ихъ окрашивались пикрокарминомъ въ темно-красный цвѣтъ, а остатки, лежавшіе въ деснѣ, давали иногда окраску роговыхъ клѣтокъ.

Эти скопленія похожи на описанные выше вторичные ростки зубообразовательнаго эпителия и различаются отъ нихъ тѣмъ, что 1) распространеніе ихъ охватываетъ бѣольшую область, 2) проникаютъ они глубже, соотвѣтствуя не коронкѣ, а корнямъ зубовъ и 3) имѣютъ сморщенный видъ, что объясняется давленіемъ, которое клѣтки должны испытывать на себѣ при ростѣ зубовъ.

Насколько постоянно присутствіе эпителиальныхъ околозубныхъ остатковъ, Malassez отказывается отвѣтить точно; но при зубахъ изслѣдованной имъ челюсти эти остатки были найдены вездѣ. Кромѣ того, изслѣдуя десны различныхъ субъектовъ, онъ часто находилъ мнимыя железы Serres'a и указываетъ, что можно встрѣтить подобныя кучки клѣтокъ въ раз-

личныхъ новообразованіяхъ челюстей. Поэтому существованіе остатковъ зубообразовательнаго эпителия не должно быть исключительнымъ.

Malassez изучалъ роль остатковъ при различныхъ страданіяхъ зубовъ и челюстей: при костоѣдѣ зубовъ, при такъ называемомъ *gingivite expulsive*, при кистахъ, развивающихся у зубныхъ корней и проч. Этотъ видъ кистъ лишь отчасти будетъ служить предметомъ нашего изученія, но всетаки здѣсь нужно на нихъ остановиться; изслѣдованіе ихъ можетъ представить матеріалъ для рѣшенія вопроса о существованіи самыхъ остатковъ зубообразовательнаго эпителия. Malassez описываетъ кисту, какъ карманъ, прямо приложенный къ зубному корню; стѣнка кармана состоитъ изъ волокнистой основы, а внутри выстлана слоемъ эпителия, который мѣстами принимаетъ ясный звѣздчатый видъ; иной разъ киста не имѣетъ непосредственнаго отношенія къ корню и сидитъ на ножкѣ. При воспалительныхъ измѣненіяхъ выстилающій эпителий можетъ остаться неузнаннымъ. Такія кисты были въ свое время названы Magitot⁹⁾ періостальными, такъ какъ онъ производилъ ихъ отъ періоста зубныхъ луночекъ. Но Malassez объясняетъ происхожденіе эпителия въ этихъ случаяхъ существованіемъ эпителиальныхъ околозубныхъ остатковъ. При глубокомъ положеніи зубнаго корня нельзя думать о проникновеніи къ нему эпителия десны, а метаплазія соединительно-тканыхъ элементовъ въ эпителиальные (Magitot) нынѣ допускаема быть не можетъ. Поэтому объясненіемъ факту можетъ служить лишь существованіе остатковъ Malassez и обратно.

Далѣе Malassez описываетъ результаты патолого-анатомическаго изслѣдованія многокамерной кисты челюсти, удаленной у 60-лѣтняго старика. Опухоль на поперечномъ разрѣзѣ состояла изъ различной величины кистъ и раздѣлявшихъ ихъ плотныхъ перегородокъ. Въ сторонѣ десны плотная ткань преобладала. При разсматриваніи тонкихъ срѣзовъ, въ волок-

нистой основѣ найдены эпителиальные ходы, трубки, по мѣстамъ расширявшіяся, и настоящія кисты. Эпителиальные тяжи состояли изъ краевыхъ цилиндрическихъ клѣтокъ, между которыми были заложены многогранные или веретенообразные элементы, иной разъ принимавшіе звѣздчатый видъ и соединявшіеся отростками. Трубки были выложены также цилиндрическимъ эпителиемъ, на которомъ кое-гдѣ лежало еще нѣсколько слоевъ уплотненныхъ элементовъ, а просвѣтъ иной разъ былъ занятъ сѣтью анастомозировавшихъ между собой звѣздчатыхъ клѣтокъ. Иногда встрѣчались объемистыя скопленія эпителия, и среди сплошной закладки его были видны закругленные островки слизистой ткани; здѣсь получалась картина какъ-бы цилиндромы. Наконецъ, микроскопическія кисты были различнаго вида; эпителиальная выкладка ихъ состояла изъ краевыхъ цилиндрическихъ клѣтокъ и плоскихъ или звѣздчатыхъ клѣтокъ во второмъ слоѣ. Не трудно было найти переходныя формы отъ сплошныхъ эпителиальныхъ тяжей къ кистамъ.

При изслѣдованіи участковъ опухоли, граничившихъ съ костью, замѣчались особыя картины: костно-мозговая пространства увеличивались, костный мозгъ становился слизистымъ, затѣмъ фибрознымъ, и въ этомъ измѣненномъ мозгу разрастались и размножались эпителиальныя образованія. При слабомъ увеличеніи можно было подумать, что имѣемъ дѣло съ обыкновеннымъ покровнымъ эпителиемъ; кое-гдѣ встрѣчались даже канкроидные шары. Но присутствіе звѣздчатыхъ клѣтокъ, обнаруживавшихся при сильномъ увеличеніи, указывало и здѣсь все тотъ же характеръ эпителия опухоли *).

Происхожденіе кисты стояло въ связи съ околозубными эпителиальными остатками. Въ пользу этого говорило совершенно своеобразное строеніе эпителиальныхъ островковъ, приближавшееся къ строенію эмалеваго органа, и возникновеніе

*) Malassez. l. c. T. VI, p. 397—400.

внутричелюстной опухоли въ томъ возрастѣ, когда въ челюстяхъ уже не бываетъ зубныхъ фолликуловъ. Съ другой стороны пролиферація эпителія десны отсутствовала. Malassez обобщаетъ свое предположеніе для всѣхъ случаевъ многокамерныхъ кистъ челюстей.

Изучая другіе виды челюстныхъ новообразованій, Malassez нашелъ во многихъ разрощеніе эпителія по типу звѣздчатого эпителія эмалеваго органа и рѣшился установить особый видъ опухолей,—адамантинную эпителиому, которая клинически не имѣетъ характера злокачественнаго новообразованія. Указанія на доброкачественность эпителиальныхъ опухолей челюстей дѣлались впрочемъ и прежде; еще Веберъ¹²⁾, описывая эпителиальныя эпюлиды, отмѣтилъ за ними это свойство.

Статья Malassez скоро обратила на себя вниманіе. Уже въ 1887 году появилась работа Allgayer'a²⁶⁾, въ которой авторъ, на основаніи изслѣдованія двухъ опухолей, присоединяется ко взглядамъ Malassez, хотя эпителиальныя образованія изслѣдованной имъ челюстной кисты были двухъ типовъ: раковыя и рядомъ съ ними адамантичныя *). Затѣмъ слѣдовали сообщенія Derujinsky'аго²⁷⁾ и Nasse²⁸⁾, демонстрировавшаго опухоль на XIX съѣздѣ нѣмецкихъ хирурговъ, и наконецъ, въ текущемъ году, когда я уже началъ свою работу, напечатана статья Kruse²⁹⁾, основанная на изученіи трехъ опухолей. Kruse указываетъ, что каждая изъ нихъ имѣла эпителиальныя образованія преимущественно одного опредѣленнаго типа. Въ первой они повторяли строеніе зубной закладки 3—4 мѣсячнаго зародыша; въ третьей—строеніе эмалеваго органа 6-мѣсячнаго плода. Kruse думаетъ, что типъ строенія опухолей находился въ зависимости отъ срока зародышевой жизни, когда впервые образовались ростки для нихъ.

Во Франціи послѣдователемъ Malassez и распространителемъ его идей явился особенно Albarran²⁾, на котораго

*) Allgayer. l. c. s. 434—435.

я уже нѣсколько разъ ссылаясь выше. Но, разбирая вопросъ о гистогенезѣ многокамерныхъ кистъ челюстей, Albaghan допускаетъ для нѣкоторыхъ случаевъ и происхожденіе изъ эпителія десны, основываясь впрочемъ на результатахъ, полученныхъ другими изслѣдователями.

Въ Англіи ученіе о зубныхъ кистахъ развивалось самостоятельно. Въ англійскихъ журналахъ и въ отчетахъ англійскихъ госпиталей имѣется богатая казуистика челюстныхъ кистъ. Первое обстоятельное описаніе многокамерной кисты сдѣлано Cusack'омъ въ 1826 году (Heath). Въ 60-хъ годахъ Heath³⁰), — англійскій спеціалистъ по болѣзнямъ челюстей, описывалъ многокамерныя кисты какъ кисто-саркомы челюстей, каковыми онѣ и считались до послѣднихъ изслѣдованій Eve.

Eve доказалъ эпителиальную природу этихъ опухолей и кромѣ того, изучая срѣзы, захватывавшіе десну, нашелъ, что эпителий опухоли всегда происходитъ отъ разрощенія эпителія десны (Heath). Въ третьемъ изданіи своей книги Heath присоединяется ко взглядамъ Eve и относитъ происхожденіе опухоли къ эпителию десны. Возникновеніе опухоли не связано съ процессомъ образованія зубовъ, но часто слѣдуетъ за различными пораженіями, обусловливаемыми костоѣдой зубовъ или хроническимъ воспаленіемъ десенъ.

У насъ, кажется, только профессоръ Монастырскій³¹) занимался изученіемъ челюстныхъ кистъ. Знакомый съ трудомъ Malassez, онъ, при изслѣдованіи своего случая трехполостной кисты нижней челюсти, нашелъ гипотезу Malassez неприложимой для всѣхъ случаевъ кистъ. Въ опухоли Монастырскаго «стѣнка мѣшковъ состояла изъ волокнистой соединительной ткани и была выстлана многослойнымъ эпителиемъ; самый поверхностный слой клѣтокъ, обращенный внутрь полостей, состоялъ мѣстами изъ мостильныхъ клѣтокъ съ зазубринами, мѣстами же изъ мерцательныхъ цилиндрическихъ клѣтокъ» *). Монастырскій от-

*) Монастырскій 1. с. стр. 412.

носитъ свой случай къ рѣдкой формѣ бранхіогенныхъ мѣшечатыхъ опухолей.

Заканчивая этимъ обзоръ ученій о челюстныхъ кистахъ, считаю нужнымъ сказать, что я не изложилъ взглядовъ нѣкоторыхъ авторовъ, рассматривавшихъ челюстныя кисты, какъ результатъ хроническаго остита. Гипотеза эта объясняетъ присутствіе эпителія въ опухоли метаплазіей соединительной ткани, а такое предположеніе идетъ въ разрѣзъ съ основными понятіями современнаго ученія объ опухоляхъ.

Въ виду же того, что часть моихъ выводовъ построена на изученіи нѣсколькихъ случаевъ, взятыхъ изъ литературы, я считаю необходимымъ теперь-же привести послѣдніе въ краткихъ рефератахъ, отмѣчая лишь важнѣйшія клиническія и патолого-анатомическія особенности ихъ. Случаи эти принадлежатъ большею частью авторамъ, уже цитированнымъ выше.

Случай 1. Reynaud ¹⁾. Наблюденіе Desgranges'a 1857 г. Мужчина 42 л. Опухоль начала развиваться безъ видимыхъ причинъ 2½ года тому назадъ; достигла значительныхъ размѣровъ 13×9 cm.; имѣетъ тонкую костную скорлупу, а мѣстами ясную флюктуацію; отсутствіе пергаментнаго хруста, отсутствіе болѣзненности и препятствій къ жеванію. Два раза дѣлали прежде проколъ и высасывали зеленоватую сиропообразную жидкость. Эллиптическій, вогнутый кверху, разрѣзъ отъ задняго края челюсти къ углу рта. Разрѣзъ жевательной мышцы и стѣнки кисты, гдѣ нужно, — съ помощью костныхъ ножницъ и долота. Полость однокамерной кисты набита корпией, смоченной въ растворѣ полуторо-хлористаго желѣза.

Черезъ 7 лѣтъ больной снова явился за помощью. Со времени первой операціи опухоль не переставала увеличиваться. Два зуба расшатались и были извлечены. Фистула, оставшаяся послѣ первой операціи, не закрылась. Размѣръ рецидивировавшей опухоли поперекъ — 3 cm., впереди она достигаетъ уровня клыка. Разрѣзъ отъ угла рта къ фистулѣ. Наружная стѣнка опухоли срѣзана, и масса ея удалялась по частямъ. Костныя балки въ глубинѣ опухоли очень крѣпки; отъ челюсти оставлена тонкая пластинка.

Опухоль представляла много кистъ, раздѣленныхъ костными перегородками и наполненныхъ мягкой тканью темно-краснаго цвѣта. При микроскопическомъ изслѣдованіи найдены только волокна и ядра (?) *).

^{*)} Reynaud l. c. p. 55.

Случай 2. Reynaud¹⁾. Наблюдение Desgranges'a. Женщина 50-ти лѣтъ. Опухоль появилась два года тому назадъ; росла равномерно; размѣры 6×4×3 cm. Никакихъ указаній на причину болѣзни. Опухоль, на уровнѣ угла нижней челюсти правой стороны, переходитъ безъ рѣзкихъ границъ въ восходящую вѣтвь. Болѣзненность, затрудненіе жеванія. Разрѣзъ по свободному краю челюсти къ углу рта. На уровнѣ 2-го малаго коренного зуба кость перепилена цѣпочной пилой. При дальнѣйшемъ вылушеніи, вслѣдствіе тракцій, опухоль оторвалась, и оставшійся кусокъ отдѣленъ самостоятельно. При изслѣдованіи найдено изъязвленіе десны, ведущее въ полость подъ вѣнечнымъ отросткомъ. Уголъ челюсти не пораженъ; впереди въ горизонтальной части сохранился лишь тонкій нижній край; прочее превращено въ массу кистъ, содержащихъ тянущуюся бурюю жидкость, богатую холестеариномъ и жировыми зернами. Размѣры кистъ колеблются отъ горошины до орѣха; стѣнки ихъ то костныя, то перепончатыя; внутренняя поверхность—гладкая, блестящая, мѣстами покрыта красноватыми сосочками. О микроскопическомъ изслѣдованіи не говорится *).

Случай 3. Neumann³²⁾. У 18-лѣтняго юноши, послѣ выдергиванія двухъ коренныхъ зубовъ изъ правой половины нижней челюсти, развилась опухоль въ теченіе 3-хъ лѣтъ, постепенно и безъ болей. Wagner'омъ сдѣлана резекція пораженной части челюсти. Передній распилъ прошелъ на уровнѣ перваго рѣзца, задній—черезъ альвеолу послѣдняго коренного зуба. Въ зубномъ отросткѣ не достаетъ 2-го малаго коренного и перваго большаго коренного зуба. Слизистая оболочка десенъ имѣетъ нѣсколько рубцовъ, въ остальномъ—нормальна. Кость раздута кнаружи, мѣстами истончена; здѣсь флюктуация. Послѣ распила въ костной капсулѣ оказалась опухоль съ яблоко величиною, плотно прилегавшая къ костнымъ стѣнкамъ. Опухоль состояла изъ соединительно-тканной оболочки и губчатой красноватой ткани, раздѣленной на длинныя дольки,—сходство съ плацентой. Въ ткани было заложено много конкрементовъ. Кромѣ того въ одномъ мѣстѣ находилась киста съ орѣхъ величиной, содержащая кровянистую жидкость; въ полость ея смотрѣлъ вѣнчикъ, повидимому, коренного зуба, укрѣпленнаго корнями въ капсулѣ. Въ другомъ мѣстѣ былъ найденъ еще малый коренной зубъ, также заключенный въ опухоли. При микроскопическомъ изслѣдованіи капсула оказалась состоявшей изъ волокнистой ткани. Съ внутренней поверхности ея отходили развѣтвленные, богатые капиллярами отростки, покрытые эпителиемъ, что и составляло губчатую массу.

Случай 4. Perrier³³⁾. Наблюдение Herbet 1877 г. Женщина 30 лѣтъ. Въ дѣтствѣ имѣла на правой сторонѣ нижней челюсти много нарывовъ, связанныхъ съ костоѣдой зубовъ. Четыре коренныхъ зуба были из-

*) Reynaud. l. c. p. 34.

влечены. Уже 5 лѣтъ замѣчено появленіе опухоли немного впереди угла челюсти; къ концу 2-хъ лѣтъ она достигла размѣровъ кулака. Обращалась въ то время къ проф. Richet, который діагносцировалъ кисту отъ задержанія зуба. Разрѣзъ снаружи и извлеченіе зуба. Послѣдній имѣлъ горизонтальное направленіе и углублялся коронкой въ толщу восходящей вѣтви. Заволока черезъ другой разрѣзъ во рту. Рожа; обильное нагноеніе. Черезъ годъ опухоль снова стала увеличиваться, сначала безъ болей, но въ послѣдніе 4 мѣсяца съ стрѣляющими болями. При поступленіи больной, вертикальный размѣръ опухоли 12 cm., отъ задняго края челюсти къ клыку 18 cm. Вылущеніе правой половины нижней челюсти. Патолого-анатомическія измѣненія не описаны *).

Случай 5. Perrier ³³). Наблюденіе Herbert. Женщина 21 года. На восьмомъ году получила ударъ копытомъ лошади въ нижнюю челюсть. На 18-мъ году страдала зубами и вырвала большой коренной зубъ слѣва. Въ это же время замѣтила въ деснѣ опухоль, которая быстро достигла размѣровъ орѣха. При поступленіи въ больницу—въ нижней челюсти съ лѣвой стороны только 5 зубовъ; большихъ коренныхъ нѣтъ. Опухоль, яйцевидной формы, занимала горизонтальную и всю восходящую вѣтвь челюсти. Плотность—почти вездѣ костяная, размѣръ—съ яйцо индюшки. Десны раздуты и плотны, какъ хрящъ. Разрѣзомъ вскрыта полость съ костными стѣнками, въ которой оказался зубъ мудрости съ коронкой, направленной горизонтально. Больная забеременѣла, и уменьшившаяся было опухоль скоро опять при сильныхъ боляхъ достигла размѣровъ кулака. Вылущеніе лѣвой половины челюсти. Патолого-анатомическія измѣненія не описаны **).

Случай 6. Busch ¹⁷). Женщина 40 лѣтъ. Съ молодости развивалась опухоль въ средней части нижней челюсти и достигла размѣровъ большого кулака. Возникновеніе опухоли не сопровождалось пораженіемъ слизистой оболочки рта, а имѣло мѣсто внутри кости; зубы расшатались и выпали. Вылущеніе половины челюсти. Опухоль представляетъ эпителиому пронизанную малыми кистами. Промежутки между костными балками заняты островками и цугами эпителия. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ послѣдній подвергается коллоидному перерожденію.

Случай 7. Kolaczek ¹⁸). Женщина 28 лѣтъ. Въ послѣдніе 8 лѣтъ развилась громадная опухоль лѣвой половины челюсти. Первоначально—зубныя боли, почему выдергивала зубы. Опухоль отграничена отъ мягкихъ частей; мѣстами флюктуируетъ; въ полости рта слизистая оболочка надъ опухолью стала ворсистою. Проф. Fischer діагносцировалъ саркому и сдѣлалъ вылущеніе половины челюсти. На поперечномъ разрѣзѣ опухоль

*) Perrier. l. c. p. 66. Также Bull. et mem. de la Soc. de Chir. 1878 p. 412.

**) Ibidem. p. 71; также Bull. p. 415.

состоить изъ плотной основной ткани, пронизанной различныхъ размѣровъ кистами; содержимое ихъ—мутная тягучая слизь. Микроскопъ позволяетъ различить на тонкихъ срѣзахъ нѣжную волокнистую основу и заключенныя въ ней кругловатыя, похожія на железы, образованія. Железистый типъ выраженъ поразительно ясно. Краевой эпителий имѣетъ цилиндрическую форму. Внутри пузырьки заполнены кругловатыми клѣтками, кое-гдѣ коллоидно перерожденными. Тонкіе разрѣзы, захватывающіе десну, показываютъ разрастаніе покровнаго эпителия вглубь.

Случай 8. Falkson¹⁹⁾. Женщина 40 лѣтъ. Поражена правая половина нижней челюсти. Давность болѣзни 10 лѣтъ. Вылущеніе половины челюсти сдѣлано въ 1860 году проф. Wagner'омъ. Falkson изслѣдовалъ опухоль въ 1878 году. Главные діаметры ея около 16 cm. Костная капсула мѣстами сильно утончается. На поперечномъ разрѣзѣ—множество большихъ и мелкихъ сообщающихся кистъ; между ними—ткань, пронизанная какъ-бы порами. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ основной ткани, бѣдной клѣтками, видно множество альвеолъ самой разнообразной формы: круглыя, эллиптическія, бисквитообразныя и т. д. Каждая альвеола на краю имѣетъ цилиндрическій эпителий, а внутри—сѣть клѣтокъ, соединяющихся отростками; то и другое вмѣстѣ напоминаетъ строеніе эмалеваго органа. Среди звѣздчатыхъ клѣтокъ встрѣчаются и кругловатые элементы, какъ-бы соотвѣтствуя промежуточному слою (*stratum intermedium*), а иногда шарообразныя наслоенія плоскихъ клѣтокъ. Въ нѣкоторыхъ альвеолахъ видны болѣе значительныя полости, или безструктурныя глыбки гомогеннаго вещества, сильно преломляющія свѣтъ и окрасившіяся въ желтоватый или темноватый тонъ. Альвеолы въ начальномъ періодѣ развитія содержатъ въ себѣ только круглыя или многоугольныя клѣтки.

Случай 9. Büchtemann²³⁾. Женщина 29 лѣтъ. Поражена лѣвая половина нижней челюсти. Возникновеніе опухоли замѣчено 3 года тому назадъ. Вначалѣ—сильныя зубныя боли. Ростъ новообразованія—равномѣрный. Опухоль занимаетъ горизонтальную и восходящую вѣтви челюсти; имѣетъ костную капсулу; мѣстами—пергаментный хрустъ. Проф. Fischer діагносцировалъ кисто-саркому и произвелъ вылущеніе пораженной половины челюсти. Когда кость была сильно повернута для освобожденія внутренней стороны ея отъ мягкихъ частей, то сломалась на уровнѣ угла, такъ какъ здѣсь вся была размягчена кистами. Удаленіе восходящей вѣтви и ея придатковъ оказалось по этой же причинѣ затруднительнымъ,—ихъ нельзя было прочно захватить. Опухоль состояла изъ многихъ кистъ. Содержимое ихъ—желтоватая, тянущаяся въ нити жидкость. Подъ микроскопомъ обнаружена во 1-хъ, пролиферація покровнаго эпителия десны, а во 2-хъ, вкрапленныя въ основѣ опухоли, эпителиальныя образованія различного вида: въ формѣ, напоминавшей скопленіе гроздевидныхъ железъ, или въ видѣ сплошныхъ значительныхъ закладокъ эпителия. Въ эпителиальныхъ

образованіяхъ перваго рода наблюдаются мѣстами цилиндрическія краевыя клѣтки и коллоидное перерожденіе центральныхъ.

Случай 10. Врук²⁰⁾. Мущина 32 лѣтъ. На 6-мъ году жизни получилъ ударъ копытомъ лошади въ подбородокъ, повидимому, съ переломомъ челюсти. На слѣдующій годъ стала развиваться опухоль, сначала медленно, а съ 20 лѣтъ—быстрѣе. Размѣръ ея теперь съ голову взрослого. Плотность—костная; мѣстами флюктуация; пергаментное хрустѣніе капсулы. Въ кожѣ фистула, пропускающая зондъ на нѣсколько см. Зубы нижней челюсти выпали всѣ еще на 15-мъ году. Во рту имѣются двѣ фистулезныя язвы, черезъ которыя вглубь опухоли можно продвинуть зондъ. Опухоль вездѣ рѣзко капсулирована и лишь незначительно затрудняетъ движенія челюсти. Подъ наркозомъ со свѣшенной внизъ головой, опухоль обнажена дугообразнымъ разрѣзомъ по своей выпуклости; къ нему прибавленъ разрѣзъ отъ середины нижней губы. Послѣ отдѣленія мягкихъ частей, восходящія вѣтви съ обѣихъ сторонъ перестрижены костными ножницами. Затѣмъ быстро перерѣзаны мягкія части внутри, и опухоль удалена совсѣмъ. Перевязаны 5 сосудовъ, изъ которыхъ кровь била струей, а сильное венозное кровотеченіе остановлено ледяной водой. Черезъ языкъ предварительно продѣта лигатура и укрѣплена послѣ операціи на швахъ срединной раны. Опухоль состояла изъ большихъ и малыхъ кистъ. Внутренняя поверхность ихъ стѣнокъ была блестяща и ровна; лишь въ немногихъ она имѣла сосочковый видъ. На тонкихъ срѣзахъ видна волокнистая основа и альвеолы, заполненныя эпителиемъ, по краю цилиндрическимъ, а внутри—звѣздчатымъ, какъ описано у Falkson'a. Наблюдались и вытянутые шнурки, расширявшіеся по концамъ въ альвеолы, и образованія въ видѣ песочныхъ часовъ. Къ постояннымъ находкамъ принадлежали также скопленія клѣтокъ вполне похожихъ на плоскій эпителий; по мѣстамъ онѣ складывались въ концентрическіе шары, подобные канкроиднымъ.

Случай 11. Heath³⁰⁾. Больной—мущина около 20 л. Въ первый разъ замѣтилъ опухоль съ правой стороны нижней челюсти 6 лѣтъ тому назадъ. Съ той поры тупая постоянная боль. Черезъ два года опухоль вскрыта разрѣзомъ и съ тѣхъ поръ не перестаетъ отдѣлять нѣсколько слизистаго гноя. Выдернуты два большихъ коренныхъ зуба и второй малый. Въ послѣднее время больной сталъ сильно худѣть. Припоминаетъ, что развитію опухоли предшествовалъ ударъ вилами. Опухоль—шарообразна, имѣетъ гладкую поверхность, ясно отграничена отъ мягкихъ частей, мѣстами—флюктуируетъ. Было рѣшено вылущить половину челюсти, но при дезартикуляціи челюсть сломалась подъ суставнымъ отросткомъ; суставная головка и задній край восходящей вѣтви нижней челюсти оставлены въ ранѣ. Для остановки кровотеченія наложены 4 лигатуры; примѣнялось и каленое желѣзо. Удаленная опухоль, имѣвшая въ діаметрѣ около 10 см., заключала въ себѣ нѣсколько большихъ кистъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи плотной

части найдена волокнистая основа и образования, очень напоминавшія дольки железы и железистые протоки. Они выполнены какъ бы эпителиальными клѣтками, но клѣтки не имѣютъ характерныхъ ядеръ эпителія (1872 г.).

Въ 1883 году больной снова явился съ типической раковой язвой на мѣстѣ рубца. При удаленіи опухоли констатирована связь ея съ оставленнымъ при первой операціи участкомъ кости. Пришлось вылущить и его. Строеніе рецидивировавшаго узла вполне соотвѣтствуетъ начальной опухоли *).

Случай 12. Heath ³⁰⁾. Больная—женщина 44 лѣтъ. 9 лѣтъ тому назадъ въ первый разъ замѣтила съ правой стороны опухоль величиной съ горошину. Боли. Выдернула зубъ и имѣла съ тѣхъ поръ нѣсколько нарывовъ на нижней челюсти. Выдернула еще нѣсколько зубовъ. При поступленіи—слизистая оболочка рта имѣетъ фистулезную язву, изъ которой постоянно выдѣляется гной. Зубы расшатаны. Операція сдѣлана черезъ полость рта и состояла въ разрѣзѣ, при которомъ изъ кисты вылилось много жидкости темнаго цвѣта; другая часть полужидкаго содержимаго удалена пальцемъ. Указательный палецъ легко проходилъ подъ клыкъ и малые коренные зубы на противоположной сторонѣ. Часть стѣнки кисты вырѣзана костными ножницами. Кровоточившій край кости выжженъ каленымъ желѣзомъ, а полость набита корпией, намоченной въ 30⁰/₀ растворѣ хлористаго цинка. Черезъ мѣсяць пластинки кости сблизились одна съ другой. Черезъ 3 года больная пришла съ рецидивомъ кисты,—операція повторена въ такомъ же видѣ; еще черезъ 4 года—громадное развитіе опухоли. Сдѣлано вылущеніе челюсти съ сохраненіемъ лишь лѣвой восходящей вѣтви и куска горизонтальной въ 3 cm. величиною **).

Случай 13. Bayer ²¹⁾. Случай, оперированный профес. Heine (1874 г.). Больная—женщина 33 лѣтъ; замѣтила появленіе опухоли 1¹/₂ года тому назадъ. Размѣръ ея съ дѣтскую голову; поражена лѣвая половина нижней челюсти. На многихъ мѣстахъ пергаментный хрустъ. Діагносцирована центральная остео-саркома. Вылущеніе половины челюсти. Опухоль состоитъ изъ кисты, на внутренней стѣнкѣ которой лежатъ въ различныхъ мѣстахъ полулунныя складки, вдающіяся въ ея просвѣтъ. Внутренняя поверхность кисты повсюду выстлана гладкой, похожей на фасцію, блестящей перепонкой, которая состоитъ изъ многихъ пластовъ; толщина ея 1—1¹/₂ mlmt. Микроскопъ обнаруживаетъ внутри одинъ слой эпителія, за нимъ—волокнистую ткань, богатую сосудами. Стѣнка кисты на одной сторонѣ утолщается, и здѣсь находятся нѣсколько отдѣльныхъ маленькихъ кистъ, въ маковое и просяное зерно величиной. Эпителий слизистой оболочки десны разрастается надъ опухолью и задается въ волокнистую основу; по мѣстамъ послѣдняя инфильтрирована рядами круглыхъ и веретенообразныхъ клѣтокъ ***).

*) Heath. l. c. p. 419 et. 199.

**) Ibidem. p. 196.

***) Bayer. l. c. s. 401.

Случай 14. Bauer ²¹⁾. Больной—мальчикъ 15 лѣтъ. Давность болѣзни $\frac{3}{4}$ года. Поражена правая половина нижней челюсти. Опухоль величиною съ лимонъ, тверда какъ кость. Удалена вылученіемъ челюсти. Въ опухоли заключены два зуба, изъ которыхъ одинъ направленъ коронкой внизъ. Кисть нѣтъ. Микроскопическое изслѣдованіе сдѣлано Patzelt'омъ. Непосредственно подъ костной скорлупой лежитъ толстый слой фиброзной ткани. Подъ нимъ, въ направленіи къ центру, находится много сообщающихся между собой островковъ, состоящихъ изъ эпителиальныхъ клѣтокъ; ихъ разграничиваютъ переплетающіеся во всѣхъ направленіяхъ пучки волокнистой ткани, которая во многихъ мѣстахъ подверглась известковой импрегнаціи. Эпителиальныя образованія кое-гдѣ имѣютъ извѣстный сѣтчатый видъ эмалеваго органа *).

Случай 15. Bauer ²¹⁾. Больная—дѣвочка 8 лѣтъ. Опухоль, величиною съ яблоко, развилась въ 2 мѣсяца въ горизонтальной вѣтви правой половины нижней челюсти. Въ анамнезѣ указывается травма. Послѣ срѣзыванія снаружи части костной капсулы, содержимое удалено распаторомъ, а затѣмъ отдѣлена еще тонкая перепонка съ внутренней поверхности костной капсулы. Микроскопическое изслѣдованіе сдѣлано Jaksch'омъ. Опухоль состояла изъ альвеолъ, выложенныхъ по краю цилиндрическимъ эпителиемъ, а внутри представлявшихъ нѣжную ткань изъ звѣздчатыхъ клѣтокъ, соединенныхъ отростками **).

Случай 16. Trzebicku ²²⁾. Больная—женщина 36 лѣтъ; всѣ зубы правильно прорѣзались къ 20 годамъ. Послѣ выдергиванія перваго большого коренного съ лѣвой стороны, начала развиваться опухоль и черезъ 15 лѣтъ достигла размѣровъ кулака; мѣстами флюктуация; пергаментное хрустѣніе. Зубы шатаются. Лимфатическія железы подъ угломъ челюсти припухли. Проф. Mikulicz сдѣлалъ вылученіе половины челюсти и лимфатическихъ железъ. Отдѣленіе суставного отростка было затруднительно, такъ какъ истонченная кость не захватывалась хорошо щипцами; поверхность распила изъ осторожности прижжена каленымъ желѣзомъ. Опухоль состояла внизу изъ болѣе плотной части, пронизанной многими малыми кистами, а въ верхнемъ отдѣлѣ представляла большую кисту, величиной съ куриное яйцо. Подъ микроскопомъ въ плотной части найдено альвеолярное строеніе. Альвеолы выстланы по краю цилиндрическимъ эпителиемъ, а внутри имѣютъ или группы рѣзко контурированныхъ многоугольныхъ эпителиальныхъ клѣтокъ, или сѣтъ звѣздчатыхъ элементовъ. Въ послѣднемъ случаѣ, между звѣздчатыми и краевыми клѣтками часто лежитъ нѣсколько пластовъ плоскихъ. Въ кистахъ встрѣчаются глыбки, происшедшія очевидно отъ перерожденія эпителия, а иногда жемчужинныя образованія. На многихъ мѣстахъ замѣ-

*) Ibidem. s. 402.

**) Ibidem.

чено образованіе эпителиальныхъ ростковъ отъ цилиндрическаго эпителія альвеолъ. Въ вылущенныхъ лимфатическихъ железахъ констатирована только воспалительная гиперплазія.

Случай 17. Allgayer ²⁶). Больная—женщина 42 лѣтъ. На 17-мъ году испытывала жестокія зубныя боли, выдернула 3 коренныхъ зуба съ правой стороны нижней челюсти; боли прекратились, но показалась опухоль, которая увеличивалась до послѣдняго времени; опухоль отграничена отъ мягкихъ частей, имѣетъ размѣры дѣтской головки и занимаетъ правую половину челюсти. Мѣстами существуетъ флюктуація и пергаментное хрустѣніе костной капсулы. Въ кожѣ фистула, выдѣляющая слизистую жидкость. Разрѣзъ по нижнему краю. Обнаженіе опухоли сопровождалось угрожающимъ кровотеченіемъ. Перевязана два раза *art. maxillaris* и кромѣ нея еще 12 сосудовъ. При удаленіи опухоли снова сильное кровотеченіе въ области *carotis ext.*, остановленное 4 лигатурами. Эти послѣдніе моменты операціи сдѣланы при свѣщенной головѣ. Упадокъ силъ. Инъекціи эфира. Кэтгутовые швы въ полости рта; тампонація іодоформнымъ газомъ. Опухоль состоитъ изъ многихъ кистъ не одинаковыхъ размѣровъ и изъ плотной ткани, раздѣленной на дольки. При изслѣдованіи тонкихъ срѣзовъ найдены различныя „раковые островки“ сравнительно большихъ размѣровъ, такъ какъ замѣтны даже для простаго глаза своей болѣе интензивной окраской. Строма состоитъ изъ волокнистой ткани, богатой клѣтками. Сосуды развиты умеренно; стѣнки ихъ подверглись мѣстами гіалиновому перерожденію. Островки эпителія рѣзко отграничены отъ основной ткани. Клѣтки, лежащія внутри, имѣютъ большіе размѣры и принимаютъ кос-гдѣ видъ плоскаго эпителія, укладываясь концентрическими слоями. Самые внутренніе пласты потеряли свое строеніе и превратились въ гомогенныя, слегка зернистыя образованія. «Дѣло идетъ здѣсь объ ороговѣніи». Въ другихъ островкахъ можно замѣтить жемчужины, какъ въ кожномъ ракѣ. Краевой эпителій вездѣ имѣетъ цилиндрическую форму. Ближе къ костной капсулѣ находятся эпителиальные образованія, отличающіяся отъ «раковыхъ частей». Это—кругловатыя или овальныя альвеолы, иногда пустыя, выложенныя цилиндрическимъ эпителиемъ,—какъ бы железистыя трубки. Въ другихъ мѣстахъ внутренность ихъ занята звѣздчатыми элементами.

Случай 18. Albarran ²⁾). Больной—мальчикъ 8 лѣтъ. Первые постоянныя зубы прорѣзались въ шестилѣтнемъ возрастѣ и очень скоро испортились. Съ лѣвой стороны, подъ первымъ малымъ кореннымъ зубомъ, на наружной поверхности кости находится твердая опухоль,—задержанный и смѣстившійся постоянный зубъ. На правой сторонѣ симметричная, нѣсколько меньшей величины припухлость, а сзади ея, соотвѣтственно второму малому коренному зубу, киста, величиною съ орѣхъ. Флюктуація. Костной капсулы нѣтъ. Проф. Le Dentu вырѣзалъ часть стѣнки кисты и извлекъ 2-й и 3-й коренные зубы справа. Содержимымъ кисты была прозрачная ли-

моннаго цвѣта жидкость. Удаленная стѣнка имѣетъ въ толщину 1—3 mlmt.; въ ней укрѣпленъ зубъ, вдающійся коронкой въ полость кисты. Стѣнка состоитъ изъ двухъ слоевъ: наружный—плотная волокнистая ткань; внутренний слой имѣетъ строеніе эмбриональной соединительной ткани; на послѣдней покоится слой эпителія, сохранившійся только мѣстами. Въ стѣнкѣ замѣчена вторая киста съ булавообразную головку, такого же устройства. Въ толщѣ стѣнки, особенно внутри, заложено много эпителиальныхъ ходовъ; коегдѣ они сливаются съ эпителиемъ, выстилающимъ кисту. При сильномъ увеличеніи, эпителиальные ходы состоятъ изъ мелкихъ, лежащихъ плотно одна къ другой, клѣтокъ; нѣкоторыя изъ этихъ послѣднихъ довольно большихъ размѣровъ и приближаются къ типу многослойнаго эпителія; другія же имѣютъ склонность принимать звѣздчатую форму *).

Случай 19. Albarran ²⁾. Больной—мужчина 63-хъ лѣтъ. На 25-мъ году имѣлъ небольшую зубную кисту слѣва въ верхней челюсти, на уровнѣ второго малаго коренного зуба. Въ теченіе 15 лѣтъ три раза перенесъ операцію,—разрѣзъ кисты изъ полости рта. Всякій разъ рецидивъ; наконецъ оперировали снаружи. Ростъ кисты на долгое время остановился; но уже 8 лѣтъ, какъ опухоль появилась снова и стала расти быстро; размѣры ея съ апельсинъ. Въ двухъ мѣстахъ флюктуация. Пергаментнаго хруста нѣтъ. Мягкія части щеки надъ опухолью подвижны. Десна не изъязвлена. Железы не опухли. Операція, сдѣланная проф. Trélat, состояла въ частичной резекціи челюсти. На разрѣзѣ опухоль казалась плотной почти всюду. Вверху была киста съ орѣхъ величиною, а впереди—другая поменьше. Подъ микроскопомъ видна волокнистая основа съ участками слизистой и эмбриональной ткани, а въ ней—костныя балки и многочисленныя эпителиальныя образованія. «Въ нѣкоторыхъ участкахъ опухоль почти исключительно состоитъ изъ массъ ороговавшаго эпителія въ формѣ шаровъ и вѣтвящихся тяжей» **). По мѣстамъ тяжи состоятъ изъ клѣтокъ многослойнаго эпителія вообще очень маленькихъ; въ нѣкоторыхъ ходахъ существуютъ отчетливыя адамантинныя клѣтки. Большія кисты выложены эпителиемъ то плоскимъ, то звѣздчатымъ.

Случай 20. Derujinsky ²⁷⁾. Больная—дѣвица 25 л. съ опухолью лѣвой половины нижней челюсти. Появленіе опухоли замѣтила 4 года тому назадъ. Спустя 2 года перенесла операцію въ клиникѣ Billroth'a. Новообразованіе было діагносцировано какъ саркома. Рецидивъ. Размѣры опухоли съ куриное яйцо; костная капсула; пергаментный хрустъ. Опухоль началась съ альвеолы зуба мудрости и разрослась главнымъ образомъ въ восходя-

*) Albarran. l. c. p. 745.

**) L. c. p. 752. Dans certaines parties, la tumeur est presque exclusivement constituée par des masses cornées en forme de globes ou de cordons ramifiés.

щую вѣтвь. Операція сдѣлана въ клиникѣ проф. Albert'a. На поперечномъ разрѣзѣ опухоль пронизана многими малыми кистами. Подъ микроскопомъ плотная часть состоитъ изъ волокнистыхъ пучковъ, различно переплетающихся и богатыхъ сосудами. Въ петляхъ лежатъ ходы эпителиальныхъ клѣтокъ. Краевыя клѣтки имѣютъ кубическую или цилиндрическую форму, слѣдующія—многоугольную, а лежащія внутри представляются плоскими, вытянутыми. Часто ходы состоятъ въ ширину только изъ 2—3 элементовъ. Тамъ, гдѣ клѣтки скопляются въ большомъ количествѣ, центральныя принимаютъ иногда звѣздчатый видъ. Рѣдко, наконецъ, въ эпителиальныхъ скопленіяхъ встрѣчаются неправильныя полости, то пустыя, то содержащія зернистое вещество; на границѣ ихъ попадаютъ звѣздчатыя клѣтки. Съ эпителиемъ десны опухоль не имѣетъ никакой связи. Соединительно-тканная основа мѣстами подвергается слизистому перерожденію и отечному пропитыванію, результатомъ чего также являются кисты.

Случай 21. Nasse ²⁸). Больная—женщина 41 года. Опухоль развилась постепенно въ теченіи 10 л. и удалена проф. Bergmann'омъ посредствомъ вылуценія лѣвой половины нижней челюсти. На разрѣзѣ замѣтны кисты не одинаковыхъ размѣровъ и участки мягкой, какъ-бы железированной, ткани; въ отдѣльныхъ мѣстахъ она болѣе плотна. При микроскопическомъ изслѣдованіи видно, что опухоль въ болѣе плотныхъ участкахъ состоитъ изъ соединительно-тканной основы и заложенныхъ въ нее эпителиальныхъ образований. Послѣднія представляютъ или длинныя, древовидно развѣтвляющіеся ходы съ боковыми почками, или малыя кругловатыя образования, лежащія группами и въ одиночку. Тѣ и другія не представляютъ просвѣта. Краевой эпителий имѣетъ цилиндрическую форму, а къ центру лежатъ обыкновенно многоугольные элементы; иногда ходы эпителия состоятъ только изъ послѣднихъ. Мѣстами наблюдается расположеніе клѣтокъ концентрическими слоями, но нигдѣ не замѣтно ороговѣнія элементовъ или образования слоистыхъ шаровъ. Въ болѣе мягкихъ участкахъ преобладаютъ эпителиальныя образования. Здѣсь центральныя клѣтки иногда принимаютъ звѣздчатую форму, а между ними скопляется гомогенное или слегка зернистое вещество. Кисты возникаютъ путемъ перерожденія большихъ эпителиальныхъ закладокъ и имѣютъ на внутренней поверхности слой цилиндрическаго эпителия.

Случай 22. Kruse ²⁹). Опухоль удалена у мужчины 21 года. Развивалась въ теченіи 10 лѣтъ; росла неравномѣрно, въ послѣдній годъ—быстрѣе. Поражена правая половина нижней челюсти. Изъ зубовъ въ ней остались только клыкъ и второй малый коренной; зубъ мудрости еще покрытъ тонкою перепонкой, коронка его направлена горизонтально внутрь. Въ опухоли находится полость съ куриное яйцо, содержащая гной. Масса новообразованія представляетъ сѣровато-красную плотную ткань, не безъ труда отдѣляемую отъ костной капсулы. При микроскопическомъ изслѣдованіи найдены развѣтвляющіеся ходы эпителиальныхъ клѣтокъ, заложенные въ соедини-

тельно-тканной, бѣдной сосудами, основѣ. Видѣ клѣтокъ довольно однообразенъ: онѣ малы, не плоски, не цилиндричны, не похожи на эпителий десны или эмалеваго органа. Существуетъ поразительное сходство между эпителиальными ходами опухоли и зубной закладкой 3—4 мѣсячнаго плода (?). Оно сказывается особенно въ томъ, что какъ въ опухоли на концахъ ходовъ, такъ и въ зубной закладкѣ, имѣются хорошо дифференцированные цилиндрическіе элементы.

Случай 23. Kruse²⁹⁾. Опухоль удалена у 12-лѣтней дѣвочки. Возникла 1 годъ тому назадъ въ правой половинѣ нижней челюсти; развитію предшествовали задолго жестокія зубныя боли съ опуханіемъ половины лица. Размѣръ опухоли 8:6:5 cm. Въ зубномъ отросткѣ сидятъ клыкъ и малый коренной зубъ. На поперечномъ разсѣлѣ замѣтна костная капсула, окружающая массу опухоли съ одной большой кистой. Микроскопъ указываетъ ходы эпителия, совершенно подобные описаннымъ въ предъидущемъ случаѣ; но въ такомъ видѣ они встрѣчаются въ небольшомъ числѣ, обыкновенно же имѣютъ ясную наклонность къ высшей ступени развитія, проявляющейся въ образованіи чрезвычайно изящнаго краевого цилиндрическаго эпителия съ длинными ядрами. Слѣдомъ за нимъ кнутри лежатъ въ нѣсколько слоевъ плоскія эпителиальныя клѣтки. Самую высшую ступень представляютъ такіе ходы, внутри которыхъ путемъ слизистаго перерожденія клѣтокъ образуются полости. Строма опухоли богата клѣтками, но также бѣдна сосудами.

Случай 24. Kruse²⁹⁾. Опухоль удалена у женщины 30 лѣтъ. Возникла 18 лѣтъ тому назадъ въ правой половинѣ нижней челюсти вслѣдъ за гнойнымъ періоститомъ. Росла не равномернo, — быстрѣе въ послѣдніе два года, когда образовалось и нѣсколько фистулъ. Размѣръ 13 : 9 : 7½ cm. На поперечномъ разрѣзѣ видна капсула и масса опухоли, пронизанная многими кистами величиной до куриного яйца. Стѣнки кистъ то гладкія, то покрыты сосочками. Въ полость одной смотритъ корень клыка. Второй рѣзецъ, клыкъ и первый малый коренной зубы сидятъ въ челюсти; прочіе отсутствуютъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи видны ходы эпителия, встрѣтившіеся, и въ предъидущихъ двухъ опухоляхъ, но на ряду съ ними много вполне сформированныхъ кистъ. Величина и строеніе ихъ различны. Тамъ, гдѣ сплошныя закладки эпителия перерождаются въ кисты, краевыя клѣтки становятся цилиндрическими, центральныя же, подвергаясь какъ бы слизистому перерожденію, получаютъ отростки, которыми сливаются другъ съ другомъ. Эти картины напоминаютъ строеніе эмалеваго органа приблизительно у шестимѣсячнаго плода. Большія кисты устланы кубическимъ эпителиемъ, на которомъ иногда лежатъ 3—4 слоя плоскихъ клѣтокъ.

Мнѣ остается сказать нѣсколько словъ о развитіи кистъ въ Гайморовой полости. До 50-хъ годовъ господствующимъ былъ взглядъ Jourdain'a. Жидкія скопленія въ пазухѣ понимались какъ задержка секрета слизистой оболочки, вслѣдствіе закупориванія ея сообщительнаго отверстія. Giraldès ³⁴⁾, Luschka ³⁵⁾ первые представили работы, доказывавшія фактъ существованія железъ въ слизистой оболочкѣ пазухи и возможность развитія изъ нихъ ретенціонныхъ кистъ. Giraldès отказывается допустить водянку пазухи въ смыслѣ Jourdain'a, основываясь на отсутствіи хотя бы одного анатомически провѣреннаго случая. Работы Marchant'a ³⁶⁾ и Werhner'a ³⁷⁾ не прибавили ничего новаго; да оказалось, что и Giraldès имѣлъ предшественника въ лицѣ Adams'a, описавшаго препаратъ ретенціонной кисты пазухи, до сихъ поръ сохраняемый въ музеѣ Saint—Thomas (Heath). Краткое сопоставленіе патолого-анатомическимъ данныхъ по вопросу о кистахъ пазухи можно найти у Zuckerkandl'я ³⁸⁾. Исключительные взгляды Giraldès до сихъ поръ не приобрѣли общаго признанія; находятся авторы, допускающіе возможность водянки пазухи въ старомъ смыслѣ слова, (Тилльманнсъ) ³⁹⁾.

Одной изъ причинъ образованія этихъ кистъ считали между прочимъ неправильный ростъ зубовъ,—смѣщеніе ихъ въ Гайморову полость. Такъ именно истолкованъ случай Савостицкаго ⁴⁰⁾, оставшійся, впрочемъ, безъ патолого-анатомическаго изслѣдованія. У гимназиста 11 лѣтъ развилась киста въ верхней челюсти; для излѣченія сдѣланъ разрѣзъ, и удаленъ смотрѣвшій въ полость кисты малый коренной зубъ. Савостицкій думаетъ, что киста образовалась въ Гайморовой пещерѣ вслѣдствіе прорѣзыванія въ нее зуба; но, строго говоря, происхожденіе кисты изъ элементовъ слизистой оболочки пазухи здѣсь не доказано; возможно, что дѣло шло о зубной кистѣ, которая началась между пластинками кости и отодвинула кзади переднюю стѣнку пазухи.

Патологическая анатомія кистъ Гайморовой полости всѣмъ не разработана. Въ этомъ отношеніи первый мой случай, который я наблюдалъ во время службы земскимъ врачомъ, представляетъ особый интересъ. Опухоль, какъ увидимъ ниже, оказалась пролиферирующею кистою верхней челюсти, и источникомъ происхожденія ея была несомнѣнно слизистая оболочка Гайморовой полости.

Двѣ другія опухоли, описываемыя ниже, наблюдались въ клиникѣ профессора Л. Л. Левшина. Обѣ принадлежали также къ пролиферирующимъ кистамъ, но развились изъ элементовъ зубообразовательнаго эпителия и по его типу.

Описаніе изслѣдованія этихъ опухолей на ряду съ изложеніемъ результатовъ, къ которымъ я пришелъ, изучая вопросъ о челюстныхъ кистахъ, и провѣряя взгляды авторовъ на гистогенезъ пролиферирующихъ челюстныхъ кистъ,—составятъ содержаніе слѣдующей главы.

II.

СОВСТВЕННЫЯ НАБЛЮДЕНІЯ И ИЗСЛѢДОВАНІЯ.

Случай первый. Киста Гайморовой полости. Наблюдение, сдѣланное мною, въ земской больницѣ, въ селѣ Сихтермѣ Спасскаго уѣзда.

13-го Февраля 1890 года въ число стационарныхъ больныхъ Сихтерминской больницы была принята съ опухолью верхней челюсти дѣвица татарка, 18 лѣтъ, Кандалифа Файзуллина. Больная—дочь крестьянина деревни Ургагаръ Спасскаго уѣзда. Развитие опухоли замѣчено впервые четыре года тому назадъ, вскорѣ послѣ того, какъ выпалъ одинъ изъ верхнихъ коренныхъ зубовъ на лѣвой сторонѣ. Въ настоящее время лѣвая половина челюсти раздута до величины крупнаго апельсина, лѣвая щека выдается впередъ, носъ повернуть направо, лѣвый глазъ полузакрытъ приподнятымъ нижнимъ вѣкомъ. Мягкія ткани, покрывающія раздутую кость, не измѣнены. Зубы больной стороны, за исключеніемъ задняго коренного, или расшатаны, или уже выпали; задній зубъ сидитъ крѣпко; соответствующая ему часть зубного отростка и задній отдѣлъ челюсти не измѣнены. Нормальны отношенія и въ верхнеглоточной полости. Вслѣдствіе опущенія твердаго неба, зубной отростокъ на лѣвой сторонѣ сглаженъ. Костная пластинка твердаго неба атрофирована, прощупать ее можно только сзади. Въ преддверіи рта поверхность опухоли покрыта здоровой слизистой оболочкой; консистенція въ этомъ мѣстѣ упругая, при надавливаніи слышится пергаментное хрустѣніе. Опухоль, не проростая слизистой оболочки, выпячивается и въ лѣвой носовой ходъ, что видно безъ инструментальнаго изслѣдованія. Воздухъ черезъ лѣвый носовой ходъ совершенно не проходитъ, черезъ правый же—съ трудомъ. Глазничный край челюсти смѣщенъ кверху и находится лишь на нѣсколько mmt. отъ рѣсницъ нижняго вѣка. Зрѣніе лѣваго глаза нормально; слизистогнойный катарръ лѣваго слезнаго мѣшка и постоянное слезотеченіе.

Лицо больной имѣло видъ, который нѣмецкими авторами называется „лягушачьимъ лицомъ“ (Batrachiengesicht). Это характерное расширеніе верхней челюсти наблюдается при различныхъ новообразованіяхъ ея и Гайморовой полости. Я не сомнѣвался въ существованіи опухоли верхней челюсти и въ дан-

номъ случаѣ, и весь вопросъ сводился для меня лишь къ точнѣйшему опредѣленію ея натуры. По возрасту больной и по картинѣ болѣзни можно было думать, что здѣсь дѣло идетъ о центральной мѣлоидной саркомѣ челюсти. Эластическая консистенція опухоли давала указаніе на происшедшее, повидимому, размягченіе ея, но пробный проколъ не былъ сдѣланъ, и рѣшено произвести полную резекцію челюсти. Частичныя операціи не умѣстны при названномъ пораженіи, въ случаѣ даже доброкачественнаго теченія опухоли.

21-го Февраля сдѣлана операція при ассистенціи врачей Н. А. Быкова и И. А. Хомутова. Больная хлороформировалась въ сидячемъ положеніи. Опухоль обнажена разрѣзомъ Фергюссона. Костные распилы произведены цѣпочной пилой. Слизисто-періостальный покровъ твердаго неба разрѣзанъ по срединной линіи и отдѣленъ на нѣкоторомъ протяженіи также и отъ мягкаго неба. Остатки костной пластинки твердаго неба перепилены цѣпочной пилой, послѣ предварительнаго извлеченія срединнаго рѣзца. Когда всѣ костныя разъединенія были сдѣланы, то при выламываніи опухоли распаторомъ, введеннымъ въ распилъ между челюстью и скуловой костью, отломился лишь передній отдѣлъ кости вмѣстѣ съ опухолью, оказавшеюся кистой, которая въ этотъ моментъ и разорвалась. Излившееся наружу содержимое кисты представляло тягучую, прозрачную жидкость съ едва замѣтнымъ зеленоватымъ отливомъ. Лоскутъ твердаго неба, не имѣвшій костной пластинки въ средней части, опустился вмѣстѣ съ зубами на языкъ. Задній отдѣлъ костной капсулы опухоли остался на мѣстѣ въ связи съ небной костью и представлялъ тонкую пластинку кости, внутри покрытую періостомъ. Полость, въ которой сидѣла киста, въ глубинѣ оканчивалась конически. При удаленіи опухоли въ рану вскрылся лѣвый носовой ходъ. Кровотеченіе при операціи было не велико.

Зубы, оставшіеся въ связи съ нижнимъ лоскутомъ, были выдернуты за исключеніемъ задняго коренного; зубной край лоскута освѣженъ, и на небѣ наложены швы: 1) по средней линіи, 2) сзади—на разрѣзъ, отдѣлявшій мягкое небо, и 3) боковые швы, соединявшіе освѣженный край небнаго лоскута съ разрѣзомъ слизистой оболочки щеки. Эти швы уединили полость раны отъ полости рта. Рана кожи также сшита на всемъ протяженіи, а черезъ лѣвую ноздрю вставленъ толстый дренажъ. Іодоформъ. Легкая ватная повязка на лѣвую половину лица. Полость раны ежедневно промывалась черезъ дренажъ и припудривалась порошкомъ іодоформа. Больная часто полоскала ротъ растворомъ буры.

Черезъ 5 дней изъ дренажа сталъ обильно выдѣляться гной. Нижнее вѣко припухло, и въ одномъ изъ промежутковъ между швами у внутренняго угла глаза отдѣляется немного гноя. Сняты всѣ швы и снаружи и въ полости рта. Температура только разъ повысилась до 38°,4.

27-го Февраля. Рана промывается два раза въ день, такъ какъ отдѣленіе гноя обильно.

28-го Февраля. Больная указывает въ первый разъ на диплоію По линіи швовъ, за исключеніемъ участка раны у внутренняго угла глаза, сращеніе произошло.

3-го Марта. Въ кожной ранѣ у внутренняго угла глаза продолжаетъ выдѣляться гной; нагноеніе произошло, вѣроятно, отъ мѣстнаго зараженія секретомъ слезнаго мѣшка, который нужно бы было удалить при операціи.

5-го Марта больная выписалась. Во рту получилось полное сращеніе раны, но щека запала; черезъ носъ выдѣляется еще много гноя.

По сообщенію родственниковъ пациентки, отдѣленіе гноя изъ носа прекратилось недѣль черезъ 6; лѣвая щека втянулась, но въ какой мѣрѣ—сказать не могу; самъ я не имѣлъ случая еще разъ видѣть больную.

Удаленная опухоль тотчасъ же послѣ операціи была обмыта водой и положена въ Мюллеровскую жидкость. Весной 1890 г. она была передана въ кабинетъ Патологической Анатоміи проф. Н. М. Любимова, гдѣ, послѣ тщательной промывки въ текущей водѣ, переложена въ спиртъ. Опухоль представляетъ мѣшокъ, сзади имѣющій неправильный разрывъ, а спереди плотно сросшійся съ костною полушаровидною скорлупою. Размѣръ мѣшка, если представить его наполненнымъ, будетъ съ яблоко. Наружная поверхность скорлупы покрыта надкостницей и нѣсколько набухшими пластами паростальной кѣтчатки. Толщина костной пластинки $1-1\frac{1}{2}$ mmt. Ея зубчатый край утолщается въ одномъ мѣстѣ и здѣсь имѣетъ ровную поверхность отъ распила со скуловой костью. Длина неправильнаго разрыва задней части мѣшка—4 cm; на одной губѣ его прикрѣпленъ хорошо сформированный зубъ, по виду клыкъ. При шейкѣ зубъ охваченъ на $\frac{3}{4}$ окружности стѣнками кисты такъ, что его коронка смотритъ въ полость кисты; толстый и не короткій корень зуба направленъ въ обратную сторону *). Весь препарат былъ раздѣленъ на двѣ половины разрѣзомъ, сдѣланнымъ изъ концовъ разрыва, и въ такомъ видѣ представленъ на рисунокѣ 1-мъ.

*) Отношеніе зуба къ кистѣ не было выяснено при операціи.

На поперечномъ разрѣзѣ стѣнка кисты состоитъ по крайней мѣрѣ изъ двухъ пластовъ, къ которымъ впереди прибавляется еще костная капсула. Внутренній слой легко слущивается и представляетъ ворсистую хрупкую массу, сильно окрасившуюся въ зеленый цвѣтъ отъ возстановленія хромовыхъ солей. Толщина его не равномерна—отъ 1 до 3 *mlmt.*; онъ былъ видимъ на всей внутренней поверхности мѣшка, но при различныхъ манипуляціяхъ съ препаратомъ, при промываніи и пр., кое-гдѣ отдѣлился. На рис. 1-мъ этотъ слой представленъ лишь справа (б), чтобы не усложнять гравюры. Второй слой на поперечномъ разрѣзѣ имѣетъ ясно волокнистое строеніе, а внутри на слущенныхъ мѣстахъ представляется гладкимъ и безъ сосочковъ. Толщина его также не равномерна и достигаетъ maximum'a 5—8 *mlmt.* тамъ, гдѣ имѣется костная капсула.

Опухоль такимъ образомъ представляла мѣшокъ, въ полость котораго смотрѣлъ зубъ. Корни зуба, судя по топографическимъ отношеніямъ, представляемымъ препаратомъ, должны были укрѣпляться въ заднемъ отдѣлѣ костной пластинки твердаго неба.

Прежде чѣмъ приступить къ описанію микроскопическаго строенія стѣнокъ кисты, я, во избѣжаніе повтореній, отмѣчу здѣсь-же главныя черты методовъ, примѣненныхъ въ гистологической части моей работы.

При микроскопическомъ изслѣдованіи, хотя бы и мягкихъ опухолей костей, часто нужно бываетъ предварительное извлеченіе извести изъ островковъ кости, сохранившихся въ массѣ опухоли. Такъ было и въ моихъ случаяхъ. Кромѣ обычныхъ растворовъ хромовой и азотной кислоты, я нѣсколько разъ, для ускоренія декальцинаціи, прибѣгалъ къ примѣненію 20 0/0 раствора азотной кислоты въ смѣси съ флороглюциномъ. Методъ этотъ, первоначально предложенный Andeer'омъ ⁴¹⁾,

примѣнялся мною въ видоизмѣненіи Haug'a ⁴² *). Выгоды его состояли въ томъ, что небольшіе кусочки новообразованія могли быть декальцинированы въ теченіе получаса или часа. Клѣточные элементы при этомъ не измѣнялись, а измѣненія наступали только при болѣе продолжительномъ пребываніи кусочковъ въ кислотѣ. Волокна соединительной ткани разбухали, становились варикозными, гомогенными, окрашивались при обработкѣ гематоксилиномъ и, разбухая, скрывали клѣточные элементы, лежавшіе между ними. Послѣдующая обработка безводнымъ алкоголемъ мало измѣняла свойства разбухшихъ волоконъ. Эпителіальныя части опухоли послѣ 24-хъ часового пребыванія въ кислотѣ теряли способность элективной окраски ядеръ. Но эти измѣненія, повторяю, наступали лишь при длительномъ дѣйствіи 20% раствора, которое оказывалось совершенно ненужнымъ при манипуляціяхъ надъ небольшими кусочками опухоли. Для окрашиванія употреблялись обычные методы и краски: гематоксинъ въ комбинаціи съ эозиномъ везувинъ въ 1% растворѣ уксусной кислоты, лишь въ немногихъ случаяхъ пикрокарминъ и пр. Кусочки опухоли для срѣзовъ предварительно обрабатывались циллоидиномъ.

На топографическихъ срѣзахъ черезъ всю толщу стѣнки кисты можно было легко видѣть три ея слоя: костную пластинку, собственно волокнистую основу кисты и совершенно своеобразнаго строенія внутренній слой, состоявшій на половину изъ эпителіальныхъ элементовъ.

Костная пластинка образована 2—3 рядами костныхъ балокъ, не представляющихъ особенностей въ структурѣ или

*) 1,0 флороглюцина медленно нагрѣваютъ въ 10 с. с. чистой недымящейся азотной кислоты 1, 4 уд. вѣса. Скоро начинается бурная реакція: смѣсь принимаетъ темнорубиновый цвѣтъ и при этомъ становится прозрачной. По охлажденіи прибавляютъ 50 с. с. дистиллированной воды. Можно получить бóльшій объемъ декальцинирующей жидкости, если прибавить еще 50 с. с. воды, а затѣмъ 10 с. с. уже одной кислоты безъ флороглюцина. Наблюдая такой порядокъ, можно дойти до 300 с. с. раствора. При дальнѣйшемъ разбавленіи раствора, взятое количество флороглюцина оказывается недостаточнымъ для предохраненія ткани отъ дѣйствія кислоты (Haug).

расположеніи. На внутренней, обращенной къ кистѣ, поверхности кости можно видѣть въ отдѣльныхъ немногихъ мѣстахъ скопленія большихъ многоядерныхъ клѣтокъ, лежащихъ въ бухтообразныхъ изъѣдинахъ кости. Это—остеокласты, сидящіе въ Гаушиповыхъ лакунахъ.

Фиброзная основа кисты соткана изъ параллельныхъ пучковъ тонкихъ волоконъ, среди которыхъ мѣстами залегаютъ веретенообразныя клѣтки. Обыкновенно онѣ имѣютъ по одному ядру, но рѣдко можно видѣть клѣтки и съ двумя ядрами. Кромѣ веретенообразныхъ встрѣчаются, особенно въ наружныхъ слояхъ фиброзной основы, другіе элементы звѣздчатой или угловатой формы съ малозамѣтными ядрами, окрашивающимися слабо. Въ пластахъ соединительной ткани проходитъ много капилляровъ и болѣе крупныхъ сосудистыхъ стволовъ. Волокнистая основа, на границѣ съ внутреннимъ эпителиальнымъ слоемъ, не представляетъ важныхъ уклоненій отъ описаннаго вида. Небольшіе пучки волоконъ вмѣстѣ съ сосудами переходятъ кое-гдѣ во внутренній слой, и обратно,—изрѣдка въ ткань волокнистой оболочки разрастаются эпителиальныя образованія; но при этомъ граница между обоими слоями выражена рѣзко и представляетъ едва волнообразную линію безъ развитія сосочковъ.

Внутренній слой кисты можно представить состоящимъ изъ ряда альвеолъ, ограниченныхъ пучками соединительной ткани, очень богатой веретенообразными клѣтками. Клѣтокъ здѣсь такъ много, что онѣ лежатъ почти прикасаясь одна къ другой. Ядра ихъ окрашиваются гематоксилиномъ чрезвычайно интенсивно. Форма клѣтокъ не вездѣ одинакова; нѣкоторые пучки ихъ перерѣзаны поперекъ и подъ микроскопомъ даютъ картину скопленія круглыхъ клѣтокъ. Внутри альвеолъ находятся болѣе крупныя цилиндрическіе элементы съ большимъ ядромъ и съ малымъ количествомъ протоплазмы. Ядра этихъ красятся гематоксилиномъ чрезвычайно избирательно, но менѣе интенсивно,

чѣмъ предыдущихъ. Эти элементы должны быть признаны за эпителиальные: 1) по своему виду, 2) по микрохимическимъ свойствамъ (окрашиваніе пикрокарминомъ) и 3) по своему расположенію въ нѣкоторыхъ участкахъ препарата, какъ будетъ описано ниже. Нѣкоторыя альвеолы вполне заложены эпителиальными клѣтками, которыя прилегаютъ плотно одна къ другой безъ образованія какихъ-либо просвѣтовъ между ними (рис. 2. б). Въ другихъ же цилиндрическіе элементы располагаются розетками, ограничивая какъ-бы железистый просвѣтъ, который иногда бываетъ выраженъ очень ясно (рис. 2 д., рис. 4). Случается, что цѣлый конгломератъ трубчатыхъ образованій, прилежащихъ непосредственно другъ къ другу, заполняетъ одну альвеолу и имѣетъ лишь общую обкладку; но обыкновенно между отдѣльными трубками задаются тонкіе пучки веретенообразныхъ клѣтокъ, отдѣляющіеся отъ периферическихъ ходовъ (рис. 4).

Иной разъ въ этомъ слоѣ кисты видны болѣе крупныя полости, выложенныя цилиндрическимъ эпителиемъ въ одинъ или въ два ряда (рис. 2 г. рис. 4), а еще рѣже находятся образованія, неудачно представленныя на рис. 2 е, гдѣ трубчатый ходъ, повидимому, перерѣзанъ въ плоскости своей длинной оси.

Эпителиальные элементы въ нѣкоторыхъ альвеолахъ подвергаются коллоидному перерожденію. Границы между клѣтками становятся тогда неясными, а ядра окрашиваются туманно (рис. 2. внизу). Иной разъ перерожденіе заходитъ такъ далеко, что всякіе слѣды эпителиальныхъ клѣтокъ исчезаютъ (рис. 2 ж); альвеолы ограничены тогда узкими рядами веретенообразныхъ элементовъ, содержимое же ихъ составлено массами безструктурнаго, блестящаго, слегка исчерченнаго вещества, въ которомъ при сильномъ увеличеніи усматриваются лишь кое-гдѣ сохранившіяся клѣтки эпителия (рис. 3 в; къ сожалѣнію веретенообразные элементы представлены не удачно).

При гематоксилинъ-эозиновомъ окрашиваніи безструктурная масса принимаетъ совершенно своеобразный свѣтло-фіолетовый цвѣтъ, который трудно описать словами. Въ процессѣ перерожденія мѣстами участвуетъ и соединительная ткань; по крайней мѣрѣ стѣнки сосудовъ иногда были перерождены (рис. 3. б).

Въ другихъ участкахъ препарата наблюдались концентрически наслоенныя или гомогенныя глыбки, различного размѣра и формы, съ ровными или исчерченными поперекъ краями. Большею частью онѣ лежали на границахъ альвеолъ въ наружныхъ слояхъ эпителія, а иногда даже закупоривали просвѣты трубчатыхъ эпителіальныхъ ходовъ; онѣ не измѣнялись отъ крѣпкой уксусной кислоты; генціанъ-віолетомъ окрашивались въ синеватый цвѣтъ; отъ іода получали слабый желтоватый тонъ; отъ пикриновой кислоты—рѣзкіе контуры и, наконецъ, при окрашиваніи гематоксилинъ-эозиномъ принимали различные цвѣта,—однѣ оранжевый, другія—фіолетовый и т. п.

На первый взглядъ, повидимому, трудно объяснить происхожденіе этихъ образованій, но, чтобы не возвращаться впослѣдствіи къ этому вопросу, я долженъ здѣсь-же высказать предположеніе, что они произошли изъ эпителіальныхъ клѣтокъ, путемъ своеобразнаго перерожденія клѣточной протоплазмы. Возникновеніе процесса именно въ эпителіальныхъ элементахъ явствуетъ изъ топографическаго расположенія глыбокъ: онѣ заложены обыкновенно рядомъ съ сохранившимися еще эпителіальными клѣтками, или даже въ просвѣтахъ трубчатыхъ ходовъ. Въ послѣднемъ случаѣ надо допустить только, что продуктъ перерожденія клѣтокъ, ограничивавшихъ трубку, скопился въ ея полости, гдѣ мы его и находимъ.

Въ подтвержденіе изложеннаго взгляда, я могу сослаться на результаты, полученные д-мъ Земляницынымъ ⁴³⁾, при изученіи аналогичнаго процесса развитія слоистыхъ тѣлъ въ предстательной железѣ.

Всѣ описанныя выше подробности строенія эпителіальнаго

слоя кисты можно усмотрѣть на любомъ сдѣланномъ срѣзѣ; но на этомъ-же срѣзѣ встрѣтятся участки, гдѣ трудно понять отношенія клѣтокъ.

Эпителіальные и соединительно-тканые элементы располагаются, не отграничиваясь рѣзко другъ отъ друга, и могутъ принимать несвойственныя имъ формы. Эпителій является то въ видѣ вытянутыхъ клѣтокъ съ пріостренными концами, то въ видѣ кубическихъ или кругловатыхъ; въ обоихъ случаяхъ эпителій можетъ походить по внѣшнему очертанію на соединительно-тканые элементы. Эти колебанія формы обусловливаются тѣмъ обстоятельствомъ, что клѣтки могутъ быть перерѣзаны въ разныхъ направленіяхъ, и, при неравенствѣ главныхъ діаметровъ ихъ, подъ микроскопомъ получатся картины то круглыхъ, то вытянутыхъ клѣтокъ, опредѣлить природу которыхъ иногда можетъ быть затруднительно. Такія мѣста видны и на рис. 4-мъ.

Заканчивая этимъ описаніе опухоли, я укажу, что наиболее важную особенность ея составляетъ своеобразное строеніе ея эпителіального слоя,—альвеолы, заполненные или сплошными массами цилиндрическаго эпителія, или сложенными по типу трубчатыхъ железъ. Что-же касается регрессивныхъ измѣненій, происшедшихъ въ эпителіальныхъ клѣткахъ, то они не представляютъ собой ничего характернаго для опухоли.

Случай второй. Многокамерная киста нижней челюсти. Наблюденіе сдѣланное мною, въ хирургической клиникѣ проф. Л. Л. Левшина.

8-го Февраля 1891 г. въ клинику поступила больная съ большою опухолью нижней челюсти, крестьянка Симбирской губерніи Марія Степанова Тимофеева, 32 лѣтъ.

Больная не имѣла прежде какихъ-либо важныхъ болѣзней. Мать ея умерла отъ родовъ, а 60-лѣтній старикъ—отецъ живъ до сихъ поръ. Въ роднѣ никто не страдалъ наружными опухолями. 14 лѣтъ тому назадъ пациентка въ первый разъ замѣтила на правой сторонѣ наружной поверхности нижней челюсти опухоль, которая, постепенно увеличиваясь и раз-

ростаясь впередъ отъ угла по дугѣ челюсти, черезъ 12 лѣтъ достигла величины кулака. Появленіе опухоли сопровождалось болями въ деснѣ на мѣстѣ зуба мудрости. Вслѣдствіе болей, пациентка еще въ самомъ началѣ обратилась къ доктору въ г. Бунинскѣ, гдѣ ей разрѣзали десну; вышло много крови, а подъ десною оказался сидѣвшій неправильно зубъ, который былъ удаленъ. Съ того времени, въ теченіи 12-ти лѣтъ, опухоль росла постепенно и безболѣзненно. Къ концу этого срока зубы справа одинъ за другимъ расшатались и выпали,—въ какомъ порядкѣ,—больная не помнитъ. Въ послѣдніе два года ростъ новообразованія ускорился; въ послѣдніе же мѣсяцы въ опухоли образовалось три нарыва, изъ которыхъ одинъ вскрылся въ ротъ, а два—наружу. Больная 10 лѣтъ замужемъ и за это время родила три раза; третья беременность совпала какъ разъ съ періодомъ быстрого увеличенія опухоли.

Пациентка хорошаго сложенія и роста, но очень худа и блѣдна. Нижняя челюсть ея увеличена до размѣровъ головы ребенка; движенія челюсти сохранились, но не въ полномъ размѣрѣ. Снаружи границею опухоли служитъ скуловой отростокъ и линія отъ него къ правому углу рта; сзади—линія отъ правой ушной сережки къ верхнему краю щитовиднаго хряща, а отсюда—къ лѣвому углу рта. Масса опухоли выдается изъ этихъ границъ впередъ, внизъ и вправо, такъ что самая нижняя точка ея, при прямомъ держаніи головы, соотвѣтствуетъ уровню ключицы. Съ лѣвой стороны опухоль переходитъ въ мало измѣненную лѣвую половину нижней челюсти. Кожа надъ выпуклой частью покраснѣла, имѣетъ два свища, изъ которыхъ выдѣляется слизистая гноевидная вонючая жидкость; въ другихъ мѣстахъ кожа здорова и черезъ нее просвѣчиваютъ расширенныя вены. Форма опухоли полушарообразная съ очень небольшими выпуклостями, раздѣленными неглубокими бороздами. Ротъ имѣетъ форму полумѣсяца, обращеннаго дугой книзу, все время открытъ, а для закрыванія его требуются особыя усилія со стороны больной. Въ полости рта виденъ раздутый опухолью зубной отростокъ; слизистая оболочка на немъ усажена по линіи бывшихъ зубовъ длинными сосочками, кое-гдѣ изъязвившимися. Зубовъ въ нижней челюсти только 6, всѣ на лѣвой сторонѣ,—два заднихъ коренныхъ, два переднихъ коренныхъ, клыкъ и второй рѣзецъ; послѣдній сильно качается. Зубъ мудрости здѣсь не прорѣзался; зубы верхней челюсти всѣ на лицо и въ хорошемъ состояніи. Опухоль плотна не одинаково, мѣстами тверда какъ кость, а мѣстами совершенно мягкая и флюктуируетъ. Почти вся масса ея имѣетъ тонкую костную капсулу, которая даетъ явленіе пергаментнаго хруста. Покровы легко собираются въ складку, за исключеніемъ воспаленныхъ участковъ возлѣ фистуль, и опухоль производитъ впечатлѣніе рѣзко отграниченной отъ окружающихъ мягкихъ частей. Слизистая оболочка въ преддверіи рта вездѣ повидимому нормальна; она также не сращена съ опухолью, за исключеніемъ мѣстъ, близкихъ къ язвамъ на зубномъ

краю. Здоровый остатокъ кости нижней челюсти переходитъ въ опухоль непосредственно на уровнѣ лѣваго клыка, и переходъ дѣлается не постепенно, а кость сразу раздувается до значительной толщины и преимущественно кнаружи. Труднѣе опредѣлить отношеніе опухоли къ глоткѣ и къ миндалинѣ. Осмотръ и ощупываніе зѣва затруднены, такъ какъ ротъ открывается не вполне, но если, на сколько возможно, ощупать пальцемъ обѣ миндалины, то кажется, что правая нѣсколько смѣщена кнутри. Черезъ отверстіе въ бороздѣ, оставшейся на мѣстѣ выпавшихъ зубовъ, изъ опухоли сочится въ ротъ гноевидная вонючая слизь, которую больная вынуждена или отплевывать или проглатывать; при давленіи снаружи этой жидкости изливается много. Введеніе зонда въ фистулу не указываетъ присутствія секвестровъ или иныхъ твердыхъ частей,—зондъ входитъ въ небольшую, неправильной формы полость съ мягкими стѣнками. Измѣреніе опухоли дало слѣдующія цифры: отъ правой ушной сережки по выпуклости опухоли до перехода въ здоровый остатокъ кости 35 cm.; отъ лѣваго угла рта къ лѣвому рожку подъязычной кости 11½ cm., а на больной сторонѣ 27 cm. Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ не открыло въ нихъ какихъ либо болѣзненныхъ растройства.

На третій день поступленія въ клинику температура тѣла больной поднялась утромъ до 38°,2, а къ вечеру въ этотъ же день до 38°,8. Появились сильныя боли въ челюсти и отекъ кожи. 11-го Февраля надъ опухолью былъ сдѣланъ разрѣзъ, черезъ который вышло много слизистаго гноя. Температура снова пала до нормы. Черезъ разрѣзъ выдѣлялась масса слизистой вонючей жидкости, такъ что повязку приходилось мѣнять ежедневно.

Въ концѣ Февраля 1891 г. появилось въ печати сообщеніе Mosetig—Moorthofa о леченіи неоперируемыхъ новообразованій впрыскиваніями ruostanin'a, и мы попытались примѣнить ихъ у нашей больной. Но послѣдствія впрыскиваній были для нея плачевны. Послѣ перваго впрыскиванія температура тѣла повысилась до 38°,3, а послѣ третьяго достигла даже 39°,5. Повышеніе ея было связано съ развитіемъ новаго нарыва въ массѣ опухоли, который пришлось вскрыть 17-го Марта подъ мѣстной анестезіей эфиромъ. Въ этотъ разъ разрѣзъ былъ сдѣланъ на столько большой, что оказалось возможнымъ ввести палецъ и ощупать въ опухоли неправильную полость, ограниченную гладкими не кровоточивыми стѣнками. Изъ стѣнки былъ взятъ корнцангомъ кусочекъ для микроскопическаго изслѣдованія; расщипанный кусочекъ имѣлъ строеніе фиброзной ткани, и діагнозъ нашъ окончательно остановился на кистовидно распавшейся фибросаркомѣ челюсти. Въ этотъ же разъ были извлечены изъ нижней челюсти два ближайшіе къ опухоли зуба—клыкъ и второй рѣзецъ. Кровотеченіе при экстракціи зубовъ было самое незначительное. Обращаю на это вниманіе.

Я имѣю слишкомъ мало личнаго клиническаго опыта, чтобы, основываясь на немъ, настаивать на постоянномъ со-

отвѣтствіи между размѣрами кровотоchenія при выдергиваніи зубовъ надъ челюстной опухолью и обиліемъ крови въ самой опухоли, но, повидимому, такая связь должна существовать; по крайней мѣрѣ, я нѣсколько разъ наблюдалъ, что вылученіе эпюлиды сопровождалось обильнымъ кровотоchenіемъ, если при предварительномъ извлеченіи зуба надъ ней кровь шла сильно.

Въ нашемъ случаѣ, какъ разрѣзы, сдѣланные для вскрытія нарыва, такъ и выдергиваніе зубовъ не сопровождались сильнымъ кровотоchenіемъ, и это дало основаніе предположить, что дѣло шло объ опухоли, не богатой кровью. Присутствіе въ опухоли кистъ склоняло къ этой-же мысли, такъ какъ, обыкновенно, распаденіе плотныхъ новообразованій въ кисты наблюдается именно при недостаточномъ притоцѣ крови и ослабленіи вслѣдствіи этого питанія опухоли. Основываясь на этой догадкѣ и имѣя въ виду, что вылученіе большихъ опухолей нижней челюсти иногда сопровождается сильнымъ кровотоchenіемъ на границѣ ея внутренней и задней поверхности, именно тамъ, гдѣ лежатъ крупные кровеносные сосуды, мы рѣшились удалять опухоль по кускамъ и, путемъ предварительнаго удаленія переднихъ участковъ, открыть себѣ доступъ въ ту область, чтобы оперировать въ ней подъ контролемъ глаза.

Какъ видно изъ приведенной казуистики, хирургамъ нѣсколько разъ поневолѣ приходилось удалять многокамерныя кисты отдѣльными кусками, такъ какъ опухоль при вылученіи разрывалась; и хотя операторами это обстоятельство оцѣнивалось какъ неблагопріятное, но мы надѣялись, открывъ просторный доступъ къ заднему и верхнему углу опухоли, тѣмъ легче предупредить возможность опасныхъ кровотоchenій, такъ какъ случайность раненія сосудовъ должна была уменьшиться при контролѣ глаза до minimum'a.

Подобный оперативный пріемъ можетъ быть сравненъ, до извѣстной степени, съ проколомъ оваріальной кисты предъ наложеніемъ лигатуры на ея ножку. Проколъ кисты умень-

шаетъ ея объемъ и даетъ возможность перевязывать ножку, руководясь глазомъ. При предварительномъ срѣзываніи передней части челюсти, также облегчается доступъ къ ея отдѣламъ, граничащимъ съ крупными сосудами; избѣжать раненія сосудовъ теперь легко, такъ какъ оперативное поле будетъ доступно глазу. Съ другой стороны, послѣ срѣзыванія большей массы раздутой челюсти, не составитъ труда высвободить ея остатки изъ сочлененія съ височной костью.

При проколѣ оваріальной кисты кровотеченій не бываетъ, а при отрѣзываніи кусковъ нижней челюсти, пораженной опухолью, кровотеченіе можетъ стать смертельнымъ въ 1—2 минуты, если оперировать по такому методу опухоль, богатую сосудами. Напротивъ, въ бѣдныхъ кровью опухольяхъ разрѣзы кровоточатъ мало, и преимущества осторожнаго оперированія и сбереженія крови могутъ оказаться какъ разъ на сторонѣ описываемаго приѣма. Теченіе операціи въ настоящемъ случаѣ и ея исходъ только подтверждаютъ высказанныя соображенія.

Операція произведена подъ неполнымъ хлороформнымъ наркозомъ 31-го Марта, 1891 г. По выпуклости опухоли сдѣланъ разрѣзъ мягкихъ частей на протяженіи 15 см. Онъ начинался у мѣста перехода здороваго остатка челюсти въ опухоль и шелъ дугообразно вправо и вверхъ. При этомъ послѣдовало небольшое кровотеченіе изъ венъ, остановленное частью прижатіемъ, частью захватываніемъ сосудовъ пинцетами. Кровотеченіе усиливалось при столахъ и вскрикиваніяхъ больной,—въ этомъ обстоятельствѣ невыгода неполнаго наркоза, особенно при операціяхъ на головѣ. Послѣ разрѣза началось обнаженіе опухоли и отдѣленіе мягкихъ частей, покрывающихъ ее, кверху и книзу. Оно было довольно затруднительно, такъ какъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ мягкія части плотно срослись съ надкостницею, вслѣдствіе ранѣе бывшихъ воспаленій. Въ окружности свищей пришлось даже провести другой разрѣзъ, опоясывающій ихъ. Кровотеченіе было незначительное; нѣсколько сосудовъ, кровоточившихъ съ поверхности кости, прижжены термокаутеромъ Пакелена. Когда опухоль достаточно обнажилась, изъ раны былъ сдѣланъ разрѣзъ слизистой оболочки рта, и такимъ образомъ вскрыта его полость. Одна губа раны оттянута крючкомъ кверху, а полость рта и обнаженная опухоль открылась для дальнѣйшихъ дѣйствій. Ушковымъ зондомъ послѣдняя проколота на лѣвой сторонѣ сверху внизъ, такъ что сзади зонда осталась лишь костная скорлупа; черезъ проколъ сначала про-

ведена шелковая нитка, а затѣмъ петля гальванокаустическаго аппарата: началось медленное отжиганіе части, захваченной въ петлю. Но такъ какъ въ опухоли всюду были разсѣяны островки костной ткани, то петля попала на нихъ, и отжиганіе не могло быть кончено. Тогда отдѣленіе въ этой линіи сдѣлано Листоновскими ножницами, которыя легко перестригали какъ островки кости, такъ и болѣе плотную костную скорлупу опухоли. При этомъ не встрѣтилось сколько нибудь значительнаго кровотоchenія, и было приступлено къ немедленному удаленію выпуклой обнаженной части опухоли тѣми же Листоновскими ножницами. Этотъ пріемъ также не сопровождался кровотоchenіемъ и открылъ доступъ къ удаленію задняго отдѣла опухоли, гдѣ топографическія отношенія ея къ сосудамъ требовали особенной осторожности. Вслѣдъ за первымъ кускомъ удалены другіе поменьше, уже тупымъ путемъ. Не пришлось примѣнять даже ножницъ: висѣвшіе длинные лоскуты мягкихъ тканей легко отдѣлялись пальцемъ и куски опухоли отрывались по направленію впереди. При этомъ въ нижнемъ отдѣлѣ опухоли вскрылась большая киста съ гнойнымъ, чрезвычайно вонючимъ содержимымъ. Мало измѣненная суставная головка и вѣнечный отростокъ восходящей вѣтви челюсти осторожно отдѣлены безъ малѣйшаго кровотоchenія. Листоновскими ножницами отрѣзанъ кусокъ опухоли, оставшійся въ лѣвой сторонѣ раны, и этимъ закончено вылущеніе. Некровоточившій обрывокъ *art. mandibularis* и 2—3 мелкіе, слабо кровоточившіе сосуда перевязаны шелковыми лигатурами; всѣ обрывки тканей срѣзаны, и слизистая оболочка щеки сшита со слизистой дна полости рта; матеріаломъ для швовъ служилъ шелкъ, а узлы завязывались со стороны рта. Шовъ уединилъ рану отъ полости рта; небольшое сообщеніе осталось лишь спереди, такъ какъ въ этомъ мѣстѣ нельзя было хорошо приладить оболочку надъ культею кости. Кожная рана также сшита надъ тампономъ, а вглубь, къ суставной поверхности височной кости, заложенъ дренажъ. Во время операціи не было никакихъ припадковъ западенія языка,—больная была въ состояніи тотчасъ послѣ операціи выдвигать верхушку его за линію зубовъ, хотя срединная часть челюсти была удалена. Въ предупрежденіе несчастія черезъ языкъ всетаки была проведена шелковая лигатура и укрѣплена на щекѣ.

Послѣоперационный періодъ не представлялъ существенныхъ осложненій. Температура тѣла повысилась къ вечеру до 38°,8. На другой день тампонъ изъ раны удаленъ; наложенная вторая повязка скоро промокла отъ жидкости, протекавшей черезъ незашитое отверстіе во рту; съ этого дня пришлось дѣлать перевязку два раза въ сутки. Кромѣ того, въ первые дни послѣ операціи, неизвѣстно отъ какихъ причинъ, нѣсколько разъ повторялся поносъ, легко уступавшій пріему опіиной настойки. Температура со втораго дня не поднималась выше 37°,5. Швы на кожной ранѣ сняты на пятые сутки, а въ полости рта и не снимались въ расчетѣ, что они выпадутъ постепенно сами. Въ сшитыхъ мѣстахъ получилось полное срос-

щеніе; отверстіе, соединявшее полость рта съ раною, закрылось разросшимися грануляціями уже на 10-й день; нитки швовъ во рту въ это время отдѣлялись одна за другой.

22-го Апрѣля больная пожелала выписаться; въ скорбномъ листѣ ея состояніе въ этотъ день описано такъ: снаружи прежде всего бросается въ глаза глубокая вертикальная борозда, отдѣляющая выдающуюся культю нижней челюсти отъ запавшей правой стороны, гдѣ находится линейный рубецъ длиною въ 9 cm. съ двумя небольшими, еще не вполне закрывшимися, грануляціонными поверхностями. Нижняя губа рта въ линіи борозды оттянута внизъ такъ, что ротъ представляется полуоткрытымъ,—для закрыванія его необходимо активное усиліе. Во рту на мѣстѣ бывшихъ швовъ —также рубецъ, а впереди, гдѣ невозможно было приладить слизистую оболочку надъ костью,—гранулирующая полость, величиною съ орѣхъ. Общее состояніе здоровья больной хорошо; въ послѣдніе дни она выходила на воздухъ и нѣсколько даже зарумянилась.

Опухоль, какъ сказано, была удалена по кускамъ—4 крупныхъ и нѣсколько мелкихъ. Не трудно было, приладивши куски одинъ къ другому, скрѣпить ихъ ниткою и воспроизвести первоначальный видъ опухоли, приближавшійся въ общемъ къ виду яйца. Размѣры спитаго новообразованія были слѣдующіе: длина 17 cm., ширина 10 cm. и высота 9 cm.; сзади надъ массой его выдавалась неизмѣненная суставная головка и вѣнечный отростокъ челюсти. По верхнему краю опухоли тянется широкая лента слизистой оболочки съ продольной бороздой по срединѣ; въ бороздѣ оболочка принимаетъ грубо-ворсистый видъ и имѣетъ нѣсколько изъязвленій и отверстій, ведущихъ въ полости опухоли. Снаружи новообразование окружено костной капсулой, мѣстами утончающейся до полного исчезновенія; внутри состоитъ изъ 6—8 большихъ полостей, величиной приблизительно по куриному яйцу, и изъ довольно плотной ткани, заложенной между ними и пронизанной меньшими кистами. Бóльшія кисты лежатъ въ заднемъ и нижнемъ отдѣлѣ опухоли; та же часть ея, которая, по словамъ больной, выросла въ послѣдніе два года, не заключаетъ большихъ кистъ, и въ ней преобладаетъ плотная ткань, усѣянная костными островками и пластинками. Содержимое полостей, уцѣлѣвшихъ

во время операціи, мутно и тянется въ нити, а въ немногихъ меньшихъ кистахъ оно имѣетъ видъ и плотность буроватой кашицы; при микроскопическомъ изслѣдованіи эта каша оказалась состоявшей изъ эпителиальныхъ клѣтокъ, красныхъ кровяныхъ шариковъ и капель жира. Кисты не имѣютъ обособленныхъ стѣнокъ; внутренняя поверхность послѣднихъ гладка, не блеститъ, но по мѣстамъ усажена сосочковыми разращеніями; форма кистъ въ разрѣзѣ то круглая, то щелевидная. Одинъ изъ большихъ кусковъ опухоли былъ распиленъ поперекъ, и распилъ представленъ на рис. 6-мъ.

На разрѣзахъ декальцинированныхъ кусочковъ опухоли, взятыхъ изъ разныхъ участковъ ея, видна своеобразная микроскопическая картина. Основа опухоли состоитъ изъ неясноволокнистой ткани, бѣдной сосудами и клѣтками. Въ отдѣльныхъ мѣстахъ въ нее вкраплены островки кости, а въ другихъ—она переходитъ въ слизистую ткань, богатую клѣтками, имѣющими анастомозирующіе между собою отростки. Въ этой основѣ заложены эпителиальныя образованія различнаго вида. На рис. 7-мъ представлена, при слабомъ увеличеніи, скомбинированная часть препарата, имѣющаго размѣръ не болѣе $\frac{1}{2}$ кв. снтм.; здѣсь можно видѣть все разнообразіе эпителиальныхъ массъ. Одни (а) имѣютъ видъ узкихъ шнурковъ, расширяющихся въ большія сравнительно полости (б); непрерывное расположеніе эпителия въ этомъ случаѣ изображено на рис. 5-мъ; периферическій слой эпителия какъ въ шнуркѣ, такъ и на стѣнкѣ микроскопической кисты состоитъ изъ цилиндрическихъ клѣтокъ; на немъ лежатъ клѣтки вытянутой или многогранной формы, въ кистѣ бѣльшею массою подвергшіяся перерожденію; перерожденными сохранились лишь 1—2 пласта ихъ (рис. 5). Съ правой стороны (рис. 7 б) закладка эпителия еще сохранилась, и здѣсь видны во 1) кругловатые островки слизистой ткани, означенные въ другихъ мѣстахъ рисунка буквою л, и 2) на периферіи—образованіе эпи-

телиальных почекъ. Самый шнурокъ представляется нѣсколько зигзагообразнымъ и очень напоминаетъ шейку эмалеваго органа. Эпителиальные тяжи съ пріостренными концами (рис. 7 г) представляютъ собою тѣ же шнурки, но косо перерѣзанные. Эпителиальное образованіе (рис. 7 к), имѣющее по краю цилиндрической эпителий, а внутри многоугольныя и звѣздчатыя клѣтки, напротивъ, скорѣе подобно микроскопической кистѣ б.

Въ другихъ мѣстахъ эпителий складывается въ формы, видомъ напоминающія сапогъ или лапу животнаго (рис. 7 е, также рис. 9). Здѣсь въ вытянутомъ концѣ периферическій эпителий имѣетъ ясную цилиндрическую форму, и все образованіе похоже на зубную закладку челюстей 7—8 недѣльнаго зародыша.

Ходы эпителия вверху (рис. 7 е) имѣютъ иное строеніе; они вѣтвятся, анастомозируютъ между собой и состоятъ изъ кубическихъ, многоугольныхъ или вытянутыхъ клѣтокъ, которыя иногда укладываются концентрическими наслоеніями; но при этомъ ядра клѣтокъ остаются хорошо замѣтными. Краевого слоя цилиндрическихъ элементовъ нѣтъ, а ходы эпителия ограничиваютъ круглыя пространства (л), состоящія изъ слизистой или волокнистой ткани. Повидимому, въ подобныхъ участкахъ Malassez находилъ сходство съ цилиндромой. Одинъ поперечно перерѣзанный цилиндръ, только не слизистой ткани, можно видѣть при сильномъ увеличеніи на рис. 9-мъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ скопленія эпителиальныхъ клѣтокъ преобладаютъ и являются въ формѣ сплошныхъ закладокъ, пронизанныхъ лишь немногими тяжами слизистой ткани.

Кусочки, взятые подъ десною, представляли опять особое строеніе. Въ волокнистой основѣ, безъ слѣдовъ слизистой ткани, заложено множество не одинаковаго размѣра альвеолъ, выстланныхъ краевымъ цилиндрическимъ эпителиемъ; внутри онѣ заполнены звѣздчатыми, анастомозирующими между собой клѣтками. Свойства цилиндрическихъ и звѣздчатыхъ клѣтокъ по

отношенію къ краскамъ различны: ядра послѣднихъ клѣтокъ окрашиваются гематоксилиномъ слабо. Можно имѣть нѣкоторое понятіе о строеніи альвеолы по рис. 8-му, относящемуся собственно къ другой опухоли, но при этомъ надо представить, что внутреннія клѣтки болѣе приближаются къ звѣздчатой формѣ. Нѣкоторыя альвеолы заполнены безструктурнымъ, слегка зернистымъ веществомъ, происшедшимъ, очевидно, вслѣдствіе распаденія звѣздчатыхъ клѣтокъ; цилиндрическій эпителий сохранился по всей окружности, а звѣздчатые клѣтки видны лишь мѣстами. Такимъ путемъ произошли и болѣе значительныя кисты, размѣромъ въ нѣсколько полей зрѣнія.

Стѣнки большихъ кистъ состоятъ изъ волокнистой ткани или бѣдной клѣтками, или инфильтрованной грануляціонными элементами. Внутри онѣ выстланы эпителиемъ, иногда многослойнымъ, который слущивается чрезвычайно легко; въ стѣнкахъ большихъ кистъ, быть можетъ случайно, ни разу не встрѣтилось пролифераціи эпителия.

На срѣзахъ, взятыхъ изъ нижняго отдѣла опухоли вмѣстѣ съ костною скорлупою, можно изучать способъ разростанія эпителиальныхъ массъ чрезъ образованіе отпрысковъ, состоящихъ изъ мелкихъ эпителиальныхъ клѣтокъ. Въ такомъ отпрыскѣ не дифференцированы еще краевые и центральные элементы.

На тѣхъ-же срѣзахъ можно также наблюдать переходные типы, отъ сплошной закладки къ вполне сформированнымъ кистамъ. Переходъ совершается путемъ перерожденія центральныхъ элементовъ, которые при этомъ иной разъ переживаютъ стадію звѣздчатой формы; иногда-же этого не наблюдается.

Костная капсула состоитъ изъ нѣсколькихъ слоевъ костныхъ балокъ. На внутренней поверхности ни разу не было замѣчено присутствія остеокластовъ, но почти всегда наблюдалось большое скопленіе малыхъ угловатыхъ клѣтокъ.

На срѣзахъ, сдѣланныхъ черезъ изъязвленіе десны перпен-

дикулярно къ ея поверхности, изучались отношенія между эпителиальными образованіями опухоли и покровнымъ эпителиемъ десны. Сосочковый видъ изъязвившагося мѣста зависитъ отъ значительнаго развитія предсуществовавшихъ сосочковъ слизистой оболочки. Эпителій задается между ними глубоко; на разрѣзахъ попадаютъ даже отщепленные островки его; но нигдѣ нѣтъ непосредственнаго перехода покровнаго эпителія въ эпителій опухоли, да они и различаются между собой во 1) по размѣрамъ клѣтокъ, а во 2) по болѣе интенсивному окрашиванію эпителія опухоли.

Не касаясь пока вопроса о происхожденіи опухоли, я еще разъ перечислю кратко основные типы ея эпителиальныхъ образованій: 1) начальный ростокъ (почка) изъ недифференцированныхъ эпителиальныхъ клѣтокъ; 2) образованія въ формѣ сапожка или лапки, 3) зигзагообразный тяжъ съ краевымъ цилиндрическимъ эпителиемъ; 4) альвеола, внутреннія клѣтки которой приняли звѣздчатую форму; 5) сплошная эпителиальная закладка большихъ размѣровъ. Но на ряду съ описанными типами встрѣчаются и всѣ переходныя между ними формы, и различная группировка однихъ съ другими.

Случай третій. Киста нижней челюсти. Наблюденіе въ клиникѣ профессора Л. Л. Левшина, записанное студентомъ Н.

Варвара Васильева Г-ская 26-ти лѣтъ отъ роду, поступила въ клинику 12 Сентября 1891 года. Съ ранняго дѣтства страдала золотухой, проявлявшейся въ блѣдности покрововъ, въ упорныхъ конъюнктивитахъ, экцемѣ и въ опуханіи подчелюстныхъ и шейныхъ лимфатическихъ железъ. Въ 6-лѣтнемъ возрастѣ перенесла корь, 13 лѣтъ вѣтряную оспу. Девять мѣсяцевъ тому назадъ замѣтила въ лѣвой сторонѣ нижней челюсти, сзади коренныхъ зубовъ, ограниченное затвердѣніе, которое быстро достигло размѣровъ грецкаго орѣха. Появилась ломящая боль въ лѣвомъ челюстномъ суставѣ, усиливавшаяся при жеваніи до такой степени, что больная съ трудомъ могла ѣсть твердую пищу. Вскорѣ и сама опухоль стала по временамъ болѣть, и больная обратилась за совѣтомъ къ дантисту. Послѣдній нашелъ нужнымъ удалить зубъ мудрости, еще не прорѣзавшійся, а находившійся подъ воспаленной и припухшей десной, которая была предварительно разрѣзана.

Корни извлеченнаго зуба оказались на $\frac{1}{3}$ своей длины атрофированными и по удаленіи зуба изъ опухоли вышелъ гной. Послѣ этого движенія нижней челюсти облегчились, изъ ранки же не переставалъ выдѣляться гной. Недѣли черезъ двѣ больная стала замѣчать, что два сосѣднихъ коренныхъ зуба точно выходятъ изъ луночекъ, расшатались и начали мѣшаться при ѣдѣ. Она снова обратилась къ дантисту, который посоветовалъ вырвать и эти зубы. Черезъ нѣсколько дней ранки отъ извлеченія этихъ послѣднихъ заросли, первая же не переставала выдѣлять гной въ значительномъ количествѣ, такъ что его приходилось глотать. Аппетитъ больной значительно уменьшился, появилось расстройство желудка, общее истощеніе и упадокъ силъ. Опухоль между тѣмъ не переставала увеличиваться, и больной снова пришлось обратиться къ врачу, который предложилъ ей сдѣлать операцію на челюсти; но больная на операцію не согласилась и обратилась за помощью въ Казанскую хирургическую клинику проф. Л. Л. Левшина.

На наружной поверхности нижней челюсти съ лѣвой стороны, въ области большихъ коренныхъ зубовъ, находится опухоль овальной формы, размѣры которой въ длину 5 cm. и поперекъ— $2\frac{1}{2}$ cm. Припухлость продолжается и на восходящую вѣтвь нижней челюсти. *Опухоль вездѣ тверда*; сильная пальпація ея сопровождается незначительной болью; въ области большихъ коренныхъ зубовъ поверхность ея гладкая, а на входящей вѣтви—шероховатая, дающая впечатлѣніе остеофитовъ. Въ полости рта альвеолярный отростокъ надъ опухолью раздутъ. *Опухоль и здѣсь тверда на ощупь*. Трехъ большихъ коренныхъ зубовъ слѣва недостаетъ, на мѣстѣ зуба мудрости находится фистулезное отверстіе. Изогнутый зондъ входитъ въ него на $3\frac{1}{2}$ cm., причемъ верхушка его движется и впередъ и вверхъ, нигдѣ не ошупывая на своемъ пути обнаженной кости или твердыхъ частей. Изъ фистулы выдѣляется жидкій гной безъ запаха.

17-го Сентября проф. Левшинымъ сдѣланъ разрѣзъ по нижнему краю челюсти длиною въ три поперечныхъ пальца. Мягкія ткани разрѣзаны послойно; art. maxillaris externa перерѣзана между двумя лигатурами. По обнаженіи кости, которая оказалось толщиной $1\frac{1}{2}$ —2 mm., долотомъ пробито отверстіе и расширено кверху и книзу Листоновскими ножницами; изъ отверстія вытекло нѣсколько жидкаго гноя безъ запаха. При введеніи въ рану пальца оказалось, что въ челюсти существуетъ значительная полость, распространявшаяся впередъ къ foramen mentale и вверхъ къ суставному отростку. Полость устлана мягкой и гладкой оболочкой, которую рѣшено было выскабливать острой ложкой; при выскабливаніи отдѣлялись перепончатые кусочки размѣрами не болѣе 1 кв. cm.; они были обмыты и положены въ спиртъ. Полость промыта растворомъ карболовой кислоты и дренажирована. Йодоформная повязка. Отдѣляемое раны было обильно, и повязку приходилось мѣнять часто.

6-го Октября больная съ несовсѣмъ еще зажившей раной уѣхала домой.

Восемь небольших перепончатых кусочков, удаленных при операціи, были переданы мнѣ; самый большой изъ нихъ не превышалъ размѣра 1 кв. см. Одна поверхность перепонки болѣе гладкая, другая же имѣетъ у нѣкоторыхъ кусочковъ небольшія частицы кости и потому шероховата. Разрѣзы для микроскопическаго изслѣдованія дѣлались отъ руки, и изученіе ихъ привело къ слѣдующимъ результатамъ.

Основа состоитъ изъ грубо-волокнистой ткани, бѣдной клѣтками. На внутренней поверхности она образуетъ сосочки или длинные, вытянутые, или булавовидно расширяющіеся. Въ волокнистой ткани сосочковъ виднѣется много круглыхъ клѣточковыхъ элементовъ, раскиданныхъ безъ всякаго порядка. Между сосочками залегаетъ эпителий, сохранившійся не вездѣ, вѣроятно потому, что частью онъ былъ соскобленъ острой ложкой во время операціи, частью же могъ слущиться отъ алкогольной обработки. Клѣтки эпителия имѣютъ или многоугольную, или нѣсколько вытянутую форму, большое ядро и мало протоплазмы. Видъ краевыхъ клѣтокъ нельзя хорошо рассмотретьъ, потому что круглоклѣточная инфильтрація распространяется и на эпителиальную ткань и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ совершенно ступеневываетъ рѣзкую границу эпителия; основного слоя цилиндрическихъ клѣтокъ, повидимому, нѣтъ.

Поверхностно лежащіе эпителиальные элементы не отличаются отъ глубокихъ, имѣютъ хорошо окрашивающееся ядро и такую же многоугольную форму. Плоскихъ роговыхъ клѣтокъ я не встрѣтилъ ни на одномъ срѣзѣ.

Поставивъ себѣ цѣлью найти сходство или различіе въ строеніи изслѣдованныхъ кусочковъ со стѣнкой дермоидной кисты и изучивъ нѣсколько препаратовъ послѣдней, я нашелъ слѣдующее: сосочки дермоидной кисты (могутъ иногда отсутствовать) не имѣютъ булавовидной формы, расширяющейся отъ основанія. Эпителий ея или вполне соотвѣтствуетъ ровному эпителию кожи, или представляетъ жировое перерож-

деніе по типу эпителія сальныхъ железъ. Въ стѣнкѣ встрѣчаются волосныя луковицы. Въ изслѣдованномъ же случаѣ кисты сосочки ясно пролиферировали, принимая форму булавы, а эпителий не представлялъ и слѣдовъ ороговѣнія или жирового перерожденія.

При этомъ изслѣдованіи я хотѣлъ сравнить свой случай съ кистами, описанными Mikulicz'емъ ⁴⁴⁾ и Jeannel'емъ ⁴⁵⁾ за дермоидныя кисты челюстей, такъ какъ, въ виду работъ этихъ авторовъ, я затруднялся вначалѣ опредѣлить природу разбираемой опухоли; но на немногихъ препаратахъ у меня отыскались такіе участки, которые вполне разрѣшили сомнѣнія.

Одна находка представлена на рис. 8-мъ. Въ волокнистой ткани заложено эпителиальное образованіе по краю съ цилиндрическимъ, а внутри съ своеобразно измѣненнымъ эпителиемъ. Клѣтки послѣдняго имѣютъ отростки, которыми соединяются между собою,—типъ эмалеваго органа. Ближайшій пластъ волокнистой основы имѣетъ ясное concentрическое расположеніе.

Другая находка представлена на рис. 9-мъ, который уже былъ объясненъ при описаніи предъидущаго случая. Насколько многочисленны эпителиальныя образованія въ той многокамерной опухоли, настолько исключительны они здѣсь: изъ множества разрѣзовъ они встрѣтились только на 10—15 и притомъ въ единичныхъ экземплярахъ.

Основа стѣнки состояла изъ грубо-волокнистой ткани, бѣдной клѣтками. Только одинъ разъ, и то на небольшомъ пространствѣ, встрѣтился участокъ слизистой ткани, чрезвычайно богатой клѣтками, анастомозировавшими короткими отростками.

На этомъ я и закончу описаніе третьяго случая.

Даже при поверхностномъ взглядѣ на строеніе двухъ послѣднихъ опухолей, является мысль о расположеніи эпителія въ нихъ по извѣстному типу. Повторяются формы начальныхъ стадій фізіологическаго развитія эпителіальной зубной закладки; это будетъ ясно, если вспомнимъ здѣсь въ общихъ чертахъ морфологію зубообразованія у человѣка.

Закладка зубообразовательнаго эпителія имѣетъ не одинаковую форму въ разные періоды зародышевой жизни. Она возникаетъ на 7—8-й недѣлѣ, какъ ростокъ эмбриональныхъ эпителіальныхъ клѣтокъ, задается въ эмбриональную ткань челюсти и оканчивается въ ней слегка закругленной верхушкой. Краевыя клѣтки скоро принимаютъ ясную цилиндрическую форму; внутреннія же—угловаты, малы и лежатъ плотно одна къ другой. Уже съ конца второго мѣсяца на опредѣленныхъ мѣстахъ первичной закладки развиваются, путемъ разрощенія клѣтокъ, булавовидныя утолщенія,—эмалевые органы; каждое вдавливается вырастающимъ снизу соединительно-тканнымъ соскомъ, который представляетъ собой зародышъ коронки будущаго зуба. Въ это время эпителіальныя клѣтки внутри эмалеваго органа подвергаются своеобразному измѣненію; въ промежуткахъ между ними происходитъ скопленіе жидкости, которая раздвигаетъ клѣтки, такъ что онѣ остаются въ соприкосновеніи одна съ другой лишь въ немногихъ точкахъ своей поверхности. Скоро на этихъ мѣстахъ всякія границы исчезаютъ, и клѣтки оказываются соединенными какъ-бы отростками, становятся по формѣ звѣздчатыми. Когда соединительно-тканный сосокъ зуба отчетливо сформировался, то въ это время въ эмалевомъ органѣ принято различать (Келликеръ) слѣдующіе отдѣлы: 1) наружный эпителій, 2) внутренний эпителій, 3) пульпу эмалеваго органа и 4) промежуточный слой (*stratum intermedium*). Внутреннимъ эпителіемъ называютъ эпителіальную покрывку зубного соска изъ длинныхъ цилиндрическихъ клѣтокъ, а наружнымъ—прочія краевыя клѣтки эмалеваго органа,

не имѣющія съ соскомъ прямой связи. Пульпа составляется описанными выше звѣздчатыми клѣтками и, наконецъ, промежуточный слой соотвѣтствуетъ уплощеннымъ клѣткамъ, расположеннымъ между наружнымъ эпителиемъ и звѣздчатыми клѣтками пульпы.

До извѣстнаго времени связь эпителія десны и эмалеваго органа сохраняется посредствомъ узкаго зигзагообразнаго шнурика, такъ называемой шейки эмалеваго органа, которая состоитъ также изъ эпителиальныхъ клѣтокъ; въ послѣдствіи эта связь нарушается.

Соединительная ткань, граничащая съ зубнымъ зачаткомъ, становится волокнистой и окружаетъ его какъ-бы сумкой, почему все образованіе называется также зубнымъ фолликуломъ. Соединительно-тканый сосокъ постепенно разрастается и превращается въ дентинъ зуба, а эмалевый органъ производитъ наружную эмалевую покрывку зубной коронки. Весь рядъ явленій зубообразовательнаго процесса совершается въ зависимости отъ срока зародышевой жизни. Legros et Magitot¹⁵⁾ дали таблицу «хронологіи зубнаго фолликула», и я привожу ее въ виду ея значенія для нѣкоторыхъ вопросовъ, связанныхъ съ моею темой. Образованіе вторичныхъ эпителиальныхъ ростковъ при развитіи зуба было описано прежде (см. стр. 10, 11).

Сравнивъ расположеніе эпителія опухолей съ описаннымъ процессомъ, легко видѣть, что формы начальныхъ стадій развитія зубной закладки повторились въ строеніи опухолей во всемъ своемъ разнообразіи. На рис. 9-мъ въ расположеніи эпителія не трудно замѣтить сходство съ первичной закладкой фізіологическаго зубообразованія; на рис. 8-мъ—сходство съ эмалевымъ органомъ; на рис. 7-мъ—тѣ же картины и еще болѣе поразительное сходство эпителиальныхъ шнурковъ, расширяющихся въ кисты (а, б), съ шейкой эмалеваго органа. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ наблюдалось какъ-бы отклоненіе отъ типа

ХРОНОЛОГІЯ ЗУБНОГО ФОЛІКУЛА У ЧЕЛОВІКА.

Наименованіе зубовъ.	Мѣсто происхожденія эпителиальной закладки.	Начало эмалеваго органа.	Появленіе зубного соска.	Появленіе стѣнки мѣшечка.	Закрытіе мѣшечка. Разрывъ шейки.	Появленіе дентина.	Срокъ прорѣзыванія зубовъ.	Срокъ выпаденія зубовъ.
Образованіе временныхъ зубовъ.								
Срединные рѣзцы нижніе.	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	6-й мѣсяцъ.	7-й годъ.
Боковые рѣзцы нижніе. верхніе.	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	10-й " "	7 1/2 лѣтъ.
Клыки нижніе. верхніе.	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	16-я недѣля.	16-й " "	8-й годъ.
Первые мал. коренные ниж. вер.	Эпителиальная пластинка.	отъ 7-ой до 8-ой недѣли.	9-я недѣля.	10-я недѣля.	Начало 4-го мѣсяца.	• • • • •	отъ 30-го до 32-го мѣсяцъ.	12-й годъ
Вторые мал. корен. ниж. вер.	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	17-я недѣля.	24-й мѣсяцъ.	10 лѣтъ.
" " " "	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	26-й " "	10 1/2 лѣтъ
" " " "	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	28-й " "	11 лѣтъ.
" " " "	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	30-й " "	11 1/2 лѣтъ
Образованіе постоянныхъ зубовъ.								
Срединные рѣзцы нижніе.	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	7-й годъ.	• • • • •
Боковые рѣзцы нижніе. верхніе.	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	8 1/2 лѣтъ.	• • • • •
Клыки нижніе. верхніе.	• • • • •	Около 16-й недѣли.	20-я недѣля.	21-я недѣля.	9-й мѣсяцъ.	1-й мѣсяцъ послѣ зарожденія.	отъ 11 до 12 лѣтъ.	• • • • •
Первые мал. кор. зубы ниж. вер.	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	9—10 лѣтъ.	• • • • •
Вторые мал. кор. зубы ниж. вер.	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	• • • • •	11-й годъ.	• • • • •
Первые бол. кор. зубы ниж. вер.	Эпителиальная пластинка.	15-я недѣля.	17-я недѣля.	18-я недѣля.	20-я недѣля.	6-й мѣсяцъ зародышевой жизни.	5—6 лѣтъ.	• • • • •
Вторые бол. кор. зубы ниж. вер.	Эпители. закладка 1 бол. кор. зуба.	3 мѣс. послѣ рожденія.	1-й годъ	1-й годъ.	1-й годъ.	3-й годъ.	12—13 лѣтъ	• • • • •
Зубы мудрости нижніе. верхніе.	Эпители. закладка 2 бол. кор. зуба.	3-й годъ.	Послѣ 6 лѣтъ.	Послѣ 6 лѣтъ.	Послѣ 6 лѣтъ.	12-й годъ.	18—25 лѣтъ.	• • • • •

зубообразовательнаго эпителія (рис. 7 e), но въ этихъ случаяхъ дѣло шло лишь о болѣе скоромъ ростѣ тѣхъ же эпителиальныхъ частей, какъ будетъ описано ниже. Кромѣ того перерожденіе эпителія въ образованіяхъ, подобныхъ эмалевому органу, не всегда сопровождалось характернымъ измѣненіемъ формы эпителиальныхъ клѣтокъ,—онѣ не всегда принимали звѣздчатый видъ.

Разнообразіе въ расположеніи эпителія многокамерныхъ кистъ челюстей указано почти всѣми наблюдателями. Повидимому, только Kruse²⁹⁾ встрѣтилъ иное (см. сл. 22); но можно спросить,—всѣ ли участки опухоли были изслѣдованы авторомъ? Поводъ къ этому подаетъ неточность его же указаній на хронологію зубообразовательнаго процесса. Въ нихъ онъ основывается будто-бы на собственныхъ препаратахъ и рѣзко расходится съ общепринятыми и установленными мнѣніями, не отмѣчая и не объясняя причинъ этого. Никто кромѣ Kruse не видѣлъ, чтобы у 3—4-мѣсячнаго человѣческаго зародыша зубная закладка состояла изъ недифференцированныхъ клѣтокъ, такъ какъ въ это время существуетъ уже вполне развитой эмалевый органъ. Такое открытіе можно объяснить лишь тѣмъ, что Kruse ограничился изученіемъ 1—2 срѣзовъ, которые случайно упали въ промежутокъ между двумя эмалевыми органами. Въ строеніи 2-й и 3-й опухоли самъ Kruse указываетъ уже не на исключительность, а на преобладаніе эпителиальныхъ образованій одного вида.

Хотя всѣ авторы согласно свидѣлствуютъ о разнообразіи эпителиальныхъ частей этихъ опухолей, но въ ихъ описаніи элементарныхъ формъ расположенія эпителія нельзя встрѣтить полнаго согласія. Имѣются даже прямо противоположныя указанія, особенно, относительно присутствія рогового эпителія и его производныхъ. Въ то время какъ большинство изслѣдователей находили лишь подобіе раковыхъ жемчужинъ и ничего не говорятъ объ ороговѣніи эпителія, Allgayer²⁶⁾ и Albar-

ган ²⁾ прямо указываютъ на наличность процесса ороговѣнія въ изслѣдованныхъ ими опухоляхъ. Но если допустить, что случай Albarran'a (случай 19-й) представляетъ собою ракъ, то относительно опухоли Allgayer'a могутъ явиться сомнѣнія въ правильности истолкованія микроскопическихъ картинъ. Начать съ того, что опухоль, выроставшая въ теченіи слишкомъ 20 лѣтъ, не давая при этомъ метастазовъ и не разстраивая общаго здоровья организма, не можетъ быть названа злокачественной, какой объявляетъ ее Allgayer *). Далѣе, крупные эпителиальные «раковые» островки на поперечномъ разрѣзѣ имѣли «край какъ-бы папиллярный или полипозный». Allgayer безъ дальнѣйшихъ доказательствъ называетъ ихъ раковыми. Но подобныя образованія встрѣтились Büchtemann'у ²³⁾, также мнѣ, и принадлежность ихъ къ адамантинному типу явствуется изъ присутствія характерныхъ полипозныхъ ростковъ съ краевыми цилиндрическими элементами. Не убѣдительно описываетъ Allgayer и ороговѣніе клѣтокъ. На нѣкоторыхъ препаратахъ и я получалъ картины, напоминавшія какъ-бы строеніе канкроида (рис. 7 е), но внимательное изученіе показываетъ различіе въ строеніи канкроидныхъ ходовъ и этихъ тяжелой эпителия. Въ послѣднихъ, именно, центрально лежащіе элементы имѣютъ столь же хорошо окрашивающіяся ядра, какъ и периферическіе; расположеніе клѣтокъ концентрическими слоями наблюдается изрѣдка, но при этомъ клѣтки остаются сочными. Эти-же самыя особенности отмѣчаетъ и Nasse ²⁸⁾.

Объясненіе подобныхъ картинъ слѣдуетъ искать въ обильномъ образованіи начальныхъ, боковыхъ отпрысковъ и въ быстромъ ростѣ ихъ навстрѣчу другъ другу. Отпрыски не продѣлываютъ возможнаго для нихъ и свойственнаго имъ ряда превращеній въ высшія формы, а, сливаясь одни съ другими, придаютъ остаткамъ соединительной ткани, заложенной между ними, за-

*) Allgayer. l. c. s. 434.

кругленную форму цилиндровъ и тяжей. У меня есть препаратъ, гдѣ подобный ростъ эпителія обрисовывается весьма наглядно; на томъ же 7-мъ рисункѣ можно наблюдать сходныя картины (правый край большой кисты б). Эпителий разростался весьма интенсивно и въ другихъ мѣстахъ; мы видѣли полости съ бобъ и болѣе величиною, которыя были сплошь заняты массами эпителиальныхъ клѣтокъ; но какая причина дѣйствовала при этомъ и нарушала болѣе медленный, но типическій ростъ эпителія,—понять трудно.

На основаніи предъидущаго рѣшаюсь сказать, что расположеніе эпителія въ разбираемыхъ кистахъ челюстей повторяетъ типъ и первыя стадіи развитія эпителиальной зубной закладки. Вслѣдствіе различной группировки отдѣльных эпителиальныхъ образований разныхъ сроковъ развитія, картина строенія опухоли является весьма полиморфной. Остановка въ поступательномъ развитіи начальныхъ ростковъ и непрекращающееся вторичное почкованіе, что можно наблюдать въ отдѣльных мѣстахъ, еще болѣе усложняютъ картину строенія опухоли; но эпителий, повидимому, никогда не отклоняется отъ типа зубообразовательнаго эпителія и не располагается на подобіе эпителія раковъ.

Въ этихъ опухоляхъ не встрѣчаются также и формы, свойственныя позднѣйшимъ срокамъ развитія зубовъ. Ростъ эпителія останавливается на половинѣ пути, приблизительно на томъ моментѣ, когда при фізіологическомъ процессѣ появляется зубной сосокъ. Лишь Verneux встрѣтилъ, при изслѣдованіи многокамерной кисты, образованіе эмали между эпителиемъ и соединительно-тканной основой. Verneux видѣлъ, что «полости, содержащія внутри эмбриональныя эпителиальныя клѣтки, имѣли по краю выкладку изъ одного ряда цилиндрическаго эпителія, который покоился на гомогенномъ блестящемъ слой такой же толщины, какъ и цилиндрическія клѣтки. Этотъ слой былъ тонко исчерченъ лучевидными полосками,

расходившимися отъ цилиндрическаго эпителія. Было очевидно, что это продуктъ эпителія эмалеваго органа, состоявшій изъ эмалеваго вещества» *). Случай Bernays'я исключительный. Развитие эпителія всегда останавливается на первыхъ стадіяхъ эмалеваго органа и не имѣетъ законченнаго фізіологическаго результата. Можно спросить,—какая тому причина, но на вопросъ придется отвѣтить другимъ вопросомъ. Кто знаетъ, какого рода вліяніе оказывается своевременнымъ появленіемъ зубнаго соска на ростъ зубообразовательнаго эпителія? Въ исторіи развитія органовъ все тѣсно связано между собой, и типическое развитіе эпителія опухоли останавливается на первыхъ ступеняхъ быть можетъ лишь потому, что не встрѣчаетъ соотвѣтственнаго процесса въ соединительной ткани.

И такъ, существенная особенность эпителіальныхъ образований, заложенныхъ въ стѣнкахъ кистъ, состоитъ въ повтореніи фізіологическаго типа, но при отсутствіи фізіологической законченности.

Эпителіальныя опухоли, повторяющія строеніе железъ, но безъ фізіологической законченности, называются аденомами. Челюстныя кисты повторяютъ строеніе и развитіе зубной закладки, которая вначалѣ не отличается ничѣмъ отъ зародышевой железы; поэтому не будетъ страннымъ причислить и ихъ къ группѣ аденомъ. Патолого-анатомическое строеніе кистъ характеризуется сохраненіемъ рѣзкой границы эпителіальныхъ островковъ и отсутствіемъ атипическаго роста эпителія въ окружающую основу. Клинически кисты имѣютъ всѣ свойства аденомъ: растутъ медленно, не поражаютъ железъ, не даютъ рецидивовъ при основательномъ удаленіи и проч.

Еще Kolaczek ¹⁸⁾ описалъ свой случай многокамерной кисты подъ именемъ аденомы, но это названіе онъ далъ, считая опухоль за железистую. Falkson ¹⁹⁾ отнесъ происхож-

*) Цитировано по Albarran. l. c. p. 736.

деніе многокамерной кисты къ разростанію зубного фолликула и назвалъ ее *cystoma proliferum folliculare*. Malassez ²⁴), какъ мы видѣли, установилъ понятіе объ *epithelioma adamantinum*, но врядъ-ли слово *epithelioma* было удачно выбрано для выраженія сущности дѣла въ этомъ случаѣ. Съ понятіемъ *epithelioma* прежде всего связывается представленіе объ отсутствіи типа въ ростѣ эпителія, а въ многокамерныхъ кистахъ челюстей типъ первыхъ стадій фізіологическаго зубообразованія выраженъ достаточно ясно, чтобы можно было его не замѣтить; поэтому названіе аденомы и будетъ точнѣе опредѣлять этотъ видъ опухолей. Этимологія слова не должна смущать насъ. Вѣдь, называютъ аденомами нѣкоторыя опухоли яичника, составленныя не изъ железъ, а изъ ходовъ эпителія, повторяющихъ Пфлюгеровы каналы; равнымъ образомъ фолликулярныя опухоли щитовидной железы называютъ аденомами, хотя самый органъ не есть типическая железа.

Чтобы охарактеризовать строеніе челюстныхъ кистъ съ бóльшей точностью, можно воспользоваться названіемъ *adenoma adamantinum cysticum*; но, пересматривая приведенную казуистику, легко дополнить понятіе объ адамантинной аденомѣ указаніемъ на существованіе и плотныхъ опухолей того-же строенія.

Въ новѣйшей хирургіи, издаваемой французскими учеными подъ редакціей Duplay et Reclus, статья о болѣзняхъ челюстей написана Heydenreich'омъ ⁴⁶). Авторъ ставитъ челюстныя кисты въ отдѣльную группу опухолей, обязанныхъ своимъ происхожденіемъ присутствію въ челюстяхъ зубовъ, и дѣлитъ ихъ на кисты 1) содержащія зубы, 2) однокамерныя и 3) многокамерныя. Эта классификація, установившаяся еще давно, основана на рѣзкихъ макроскопическихъ признакахъ, но не соответствуетъ только что приведеннымъ патолого-анатомическимъ даннымъ. Двѣ опухоли нижней челюсти, изслѣдованныя мною, принадлежатъ, первая—къ многокамернымъ, вторая—къ однокамернымъ кистамъ, но та и другая могутъ быть скорѣе охаракте-

ризованы присутвіемъ вторичныхъ эпителиальныхъ ростковъ въ своихъ стѣнкахъ, чѣмъ числомъ заключающихся полостей. Обѣ опухоли пролиферировали и имѣли строеніе адамантинныхъ аденомъ. Равнымъ образомъ и присутствіе зуба, смотрящаго коронкой въ полость кисты, не можетъ служить достаточнымъ основаніемъ выдѣлять этотъ видъ кистъ въ особую группу, какъ не раздѣляютъ дермоидныя кисты по присутствію или отсутствію въ нихъ зубовъ. Существенныя клиническія и патолого-анатомическія свойства кисты связаны съ пролиферационнымъ процессомъ въ ея стѣнкахъ, а, какъ показываетъ приведенная мною казуистика, пролиферационный характеръ имѣютъ иногда и кисты, содержащія зубы (случай 3, 4, 18 и др.).

Въ виду того, что пролиферація кистъ представляетъ одно изъ основныхъ качествъ ихъ, важное въ объясненіи клинической картины и въ выборѣ лѣчебныхъ способовъ, мы можемъ основать классификацію кистъ челюстей на этомъ принципѣ и раздѣлить ихъ всѣ на пролиферирующія и непролиферирующія. Первые могутъ быть и однокамерными, и многокамерными, и содержать въ своей стѣнкѣ зубы; это будетъ — *adenoma adamantinum cysticum*; существенный патолого-анатомическій характеръ этихъ кистъ состоитъ въ развитіи вторичныхъ эпителиальныхъ ростковъ въ стѣнкахъ мѣшка. Непролиферирующія кисты составляютъ вторую группу и будутъ характеризоваться съ обратной стороны. Онѣ легко излѣчиваются простымъ разрывомъ, иногда не имѣютъ эпителиальной выкладки *) (*Birnbaum* ⁴⁷) и не достигаютъ большихъ размѣровъ.

Происхожденіе адамантинныхъ аденомъ и, въ частности, пролиферирующихъ челюстныхъ кистъ слѣдуетъ ставить въ связь съ зубообразовательнымъ процессомъ въ челюстяхъ. Нигдѣ въ другомъ мѣстѣ тѣла эпителиальныя опухоли не имѣютъ

*) Baker встрѣтилъ въ одномъ случаѣ рѣсничный эпителий.

своеобразнаго строенія адамантинныхъ аденомъ. Сколько я знаю, только Риндфлейшъ, осматривая препараты, демонстрированные Kruse на съѣздѣ въ Бременѣ, указалъ, что встрѣтилъ разъ опухоль подобнаго строенія въ стѣнкѣ дермоидной кисты, содержащей зубы *). Развитие зубовъ и въ дермоидахъ, и въ челюстяхъ происходитъ по однимъ законамъ, и возникновение опухоли, изслѣдованной Риндфлейшемъ, могло быть обязано тому же зубообразовательному процессу.

Опухоль можетъ возникнуть только въ мѣстахъ развитія зубовъ,—это одинъ изъ основныхъ пунктовъ разбираемаго отдѣла патологіи. Съ другой стороны, какъ прочія аденомы обязаны своимъ происхожденіемъ извѣстному виду желеzystaго эпителия, строеніе котораго онѣ повторяютъ, такъ и адамантинныя аденомы не должны имѣть своимъ источникомъ иного эпителия, кромѣ зубообразовательнаго. Въ полномъ соотвѣтствіи съ этимъ стоитъ распространеніе ихъ въ организмъ, и съ этой точки зрѣнія легко подвергнуть критикѣ взгляды на гистогенезъ адамантинныхъ аденомъ, высказанные въ разное время.

Гипотеза Busch'a о смѣщеніи эпителия въ ткань челюсти при ея образованіи—произвольна, да и излишня, разъ мы знаемъ, что эпителиальные ростки задаются въ челюсть физиологически всякій разъ при образованіи зубовъ.

Гипотеза авторовъ, видѣвшихъ источникъ кистъ въ эпителии десны (Büchtemann, Eve, Heath), также врядъ-ли вѣрна. Во первыхъ, многіе наблюдатели положительно свидѣтельствуютъ объ отсутствіи связи эпителия опухоли съ эпителиемъ десны; я также пришелъ къ отрицательнымъ результатамъ, примѣняя методъ, обычный для этихъ изслѣдованій; а во вторыхъ, нѣтъ ничего страннаго, если въ отдѣльныхъ случаяхъ мы встрѣтимъ пролиферацію эпителия въ краяхъ язвы, такъ какъ даже при не язвенныхъ, хроническихъ, воспалительныхъ процессахъ на-

*) Kruse. l. c. s. 147.

блюдаютъ иногда мѣстную пролиферацію эпителия. Присутствіе ея отнюдь не указываетъ на развитіе опухоли изъ эпителия десны.

Наша точка зрѣнія упрощаетъ дѣло.

Пролиферирующія челюстныя кисты имѣютъ источникъ происхожденія въ зубообразовательномъ эпителии; такъ какъ существенный характеръ ихъ составляетъ пролиферація, то всѣ споры о происхожденіи опухоли изъ эпителия зубного фолликула или изъ его почекъ теряютъ свое фактическое значеніе. Если наружный эпителий эмалеваго органа способенъ произвести почку, которая при извѣстныхъ условіяхъ будетъ разрастаться дальше, то вѣдь можно еще спросить, — что же въ концѣ концовъ послужило основой развитія опухоли. Развитіе пролиферирующихъ кистъ, содержащихъ зубы, указываетъ, что онѣ могутъ развиваться изъ цѣлыхъ фолликуловъ. За участіе фолликуловъ въ образованіи кистъ говорятъ далѣе разныя неправильности въ прорѣзываніи зубовъ, на которыя указываютъ больные.

Повидимому, мѣстомъ первичнаго возникновенія кистъ чаще всего является окружность зуба мудрости. Но, чтобы высказаться рѣшительно въ этомъ направленіи, нужно собрать бѣольшую казуистику, а къ сожалѣнію далеко не во всѣхъ случаяхъ наблюдатели обращали вниманіе на эту сторону дѣла. Въ таблицѣ Legros et Magitot указаны сроки развитія зуба мудрости. Эмбриональная эпителиальная закладка его является лишь на 3-мъ году жизни; къ 12-лѣтнему возрасту зубъ еще не вполне сформированъ, а прорѣзывается, какъ извѣстно, къ 20-ти годамъ или даже на 3-емъ десяткѣ лѣтъ. За все это время возможно почкованіе наружнаго эпителия эмалеваго органа и, при какихъ-то условіяхъ, намъ не извѣстныхъ, дальнѣйшее развитіе опухоли.

Другой разъ въ наблюденіяхъ указывается совершенно точно и опредѣленно, что мѣстомъ первоначальнаго появленія опухоли была область рѣзцовъ и малыхъ коренныхъ зубовъ;

или опухоль возникала уже по окончаніи зубообразованія (Trzebicku), или, наконецъ, въ такомъ возрастѣ, который почти всегда исключаетъ присутствіе въ челюстяхъ непрорѣзавшихся зубовъ. Въ этихъ случаяхъ чрезвычайно заманчиво объяснять дѣло разрощеніемъ околозубныхъ эпителиальныхъ остатковъ Malassez.

Сколько мнѣ извѣстно, результаты, полученные Malassez относительно существованія остатковъ зубообразовательнаго эпителия у взрослого, еще не были провѣрены и подтверждены. Derujinsky *) говоритъ, что при здоровыхъ зубахъ онъ никогда не имѣлъ случая видѣть ихъ. Я рѣшилъ повторить этотъ отдѣлъ работы Malassez, и объектомъ моего изслѣдованія въ этомъ направленіи была нижняя челюсть, вырѣзанная черезъ 12 часовъ послѣ смерти у татарки 23 лѣтъ. Челюсть была отдѣлена отъ покрывающихъ ее мягкихъ частей, за исключеніемъ узкой ленты десны въ половину сантиметра шириной кругомъ зубовъ. Толстый нижній край кости отпиленъ на всемъ протяженіи съ такимъ расчетомъ, чтобы у корней оставить лишь тонкую пластинку кости. Зубовъ въ челюсти было 14: 4 рѣзца, 2 клыка, 4 малыхъ коренныхъ и 4 большихъ коренныхъ; зубовъ мудрости нѣтъ, а на ихъ мѣстѣ слизистая оболочка окружаетъ возвышеннымъ, плотнымъ валикомъ коронки вторыхъ большихъ коренныхъ зубовъ; первые коренные съ правой и лѣвой стороны поражены довольно симметрично костоѣдой. Челюсть была распиlena въ разныхъ плоскостяхъ на небольшіе кусочки, содержащіе каждый по зубу или по зубному корню; у нѣкоторыхъ спилены всѣ лишніе части кости и зубныя коронки. Крайніе распилы прошли тотчасъ позади вторыхъ большихъ коренныхъ зубовъ. Два заднихъ остатка челюсти, послѣ сагиттальнаго распила, оказалось, не заключали въ себѣ зубовъ мудрости; а такъ какъ корни

*) L. c. s. 795.

вторыхъ коренныхъ зубовъ шли нѣсколько косо спереди назадъ, то при крайнихъ распилахъ концы ихъ остались въ этихъ кусочкахъ. Напиленные кусочки были положены въ $\frac{1}{2}$ 0/0 растворъ хромовой кислоты. Два дня пролежали они въ немъ, а на 3-й день переложены одни въ 1 0/0 растворъ хромовой же кислоты, другіе въ 2 0/0 растворъ азотной съ избыткомъ пикриновой и, по окончаніи декальцинаціи, обычными приѣмами заключены въ целлоидинъ. Срѣзы сдѣланы микротомомъ и окрашены везувиномъ.

Неясно волокнистая ткань періоста снабжена веретенообразными клѣтками, раскиданными довольно рѣдко; во внутреннемъ слое его, на границѣ съ цементомъ зуба, ткань становится богаче клѣтками, и онѣ имѣютъ здѣсь подчасъ угловатую форму, напоминая видъ остеобластовъ. Благодаря этому, внутренній слой луночковаго періоста имѣетъ много сходныхъ чертъ съ камбіальнымъ слоемъ періоста трубчатыхъ костей. Во внутреннихъ же пластахъ, на ряду съ разсѣянными угловатыми и веретенообразными элементами, встрѣчаются скопленія клѣтокъ, нѣсколько похожихъ на эпителиальныя. Онѣ имѣютъ рѣзко окрашенныя ядра, но мало замѣтную протоплазму; лежатъ плотно одна къ другой и этимъ расположеніемъ отличаются отъ окружающихъ соединительно-тканыхъ элементовъ; онѣ расположены обыкновенно въ ряды, но иногда кучки ихъ даютъ картину колбъ или песочныхъ часовъ. Островки одинъ съ другимъ не сливаются, сидятъ вообще очень изолированно, встрѣчаются на разныхъ высотахъ зубного корня, на поперечныхъ разрѣзахъ по всей периферіи его; но особенно много ихъ при концахъ корней. Изрѣдка кучки клѣтокъ встрѣчались и въ сосѣднихъ мозговыхъ пространствахъ. Окрашиваніе препаратовъ гематоксилиномъ не удавалось, не смотря на тщательное предварительное промываніе кусочковъ въ водѣ; примѣненіе слабыхъ растворовъ methylen—blau, съ послѣдующей окраской фона эозиномъ, давало хотя и изящныя, но тѣ-же картины.

Замѣченныя скопленія клѣтокъ очень походили на то, что описано Malassez подъ именемъ околозубныхъ эпителиальныхъ остатковъ, но эпителиальная природа ихъ легко могла быть оспариваема. Могло явиться предположеніе, что здѣсь дѣло шло о сосудахъ, перерѣзанныхъ въ различныхъ направленіяхъ и заполненныхъ кровяными шариками, — клѣтки были сравнительно не велики по своимъ размѣрамъ. И хотя противъ возможности такой ошибки достаточно говорить присутствіе ядеръ въ клѣткахъ и реакція съ эозиномъ, но трудно исключить другія предположенія, напр., окрашивание ядеръ эндотелия капилляровъ. Препараты получились не настолько доказательны, чтобы нельзя было оспаривать эпителиальную природу клѣточныхъ скопленій. Причиною этого, можетъ быть, была недостаточность предварительной фиксаціи тканей. Но если эти мои препараты не доказательны, то другіе патолого-анатомическіе факты, встрѣчающіеся при изслѣдованіи луночковыхъ зубныхъ кистъ и также провѣренныя мною, косвеннымъ образомъ доказываютъ идеи Malassez. Луночковыя кисты имѣютъ иногда несомнѣнную эпителиальную выкладку. Я изслѣдовалъ 4 объекта. Въ двухъ — эпителиальная ткань положительно отсутствовала, въ третьемъ — на многихъ срѣзахъ получились ряды клѣтокъ, повидимому эпителиальныхъ. Въ волокнистой основѣ, богато инфильтрованной круглоклѣточковыми элементами, имѣлась очень небольшая полость; ряды клѣтокъ были заложены въ ея стѣнкахъ, отчасти выстилая и самую полость. Клѣтки имѣли большія ядра и лежали близко одна къ другой, но форма ихъ была веретенообразная. Въ четвертомъ случаѣ киста съ небольшою горошину величиной, плотно сидѣвшая на зубномъ корнѣ, имѣла тонкую, волокнистую, мало инфильтрованную, стѣнку и представляла ясную эпителиальную выкладку изъ кубическихъ клѣтокъ, хотя и не на всемъ протяженіи своей стѣнки; полость кисты была выполнена старымъ кровянымъ сверткомъ, съжившимся къ одной сторонѣ. Если бы Malassez

не описалъ эпителиальныхъ остатковъ при корняхъ зубовъ, то надо было бы ихъ выдумать, чтобы объяснить себѣ присутствіе эпителия въ такихъ кистахъ.

Въ одной эпюлидѣ, вырѣзанной въ области рѣзцовъ у 18-лѣтняго молодого человѣка, мною также найдены эпителиальные островки. Эпюлида имѣла собственно ткань фибро-миксомы со скопленіями эмбриональных клѣтокъ кругомъ сосудовъ (саркоматозные участки). Эпителиальные островки имѣли краевой слой цилиндрическихъ клѣтокъ, а внутри закладку изъ круглыхъ меньшихъ элементовъ. Эта находка также говоритъ за то, что у взрослого должны сохраняться нѣкоторыя изъ вторичныхъ эпителиальныхъ почекъ зубообразованія. Существованіе ихъ подтверждается, наконецъ, еще рѣдкими случаями третьяго и четвертаго прорѣзыванія зубовъ. Д-ръ Николаевъ ⁴⁸⁾, занимаясь вопросомъ о развитіи зубовъ, изъ нѣсколькихъ десятковъ челюстей встрѣтилъ одну, въ которой для каждаго постоянного зуба было по два ростка. «Оба были на одной и той же сторонѣ, одинъ повыше, другой пониже и находились между собою въ связи посредствомъ отпрысковъ» *).

На этихъ основаніяхъ, мнѣ кажется, можно признать, что у взрослого должны оставаться ростки зубообразовательнаго эпителия, хотя, вѣроятно, и не съ такимъ постоянствомъ, какъ говоритъ Malassez. Присутствіемъ ихъ легко объяснить тѣ случаи поздняго возникновенія адамантинныхъ опухолей, когда въ челюстяхъ уже нѣтъ фізіологическихъ фолликуловъ.

Теперь является другой вопросъ,—почему адамантинныя новообразованія, начавшись въ ближайшей окружности зубного фолликула или при корняхъ зубовъ, растутъ въ толщу челюстной кости, а не къ свободному краю челюсти?

Хорошо извѣстно, какъ трудно при вторичномъ пораженіи костей карциномой опредѣлить предѣлы распространенія ра-

*) Николаевъ. 1. с. стр. 15.

ковой инфильтраціи. При операціи надъ ракомъ, поразившимъ кость у внутренняго угла глаза, повидимому, очень поверхностно, вдругъ оказывается, что раковыя массы проросли уже и въ Гайморову полость. Рецидивы раковъ губы, перешедшіе на кость, также могутъ оказаться проросшими кость много дальше, чѣмъ можно было предположить сначала. Какая причина того, что ракъ разрастается такъ быстро въ кости,—въ ткани, которая, повидимому, должна бы представлять большія препятствія росту опухоли,—сказать трудно. Быть можетъ, въ этомъ отношеніи много значитъ нѣжность структуры костнаго мозга и богатство его кровью; но и адамантинная аденома, начавшись въ ближайшей окружности зубовъ, разрастается прежде всего въ массу челюстной кости, какъ будто бы здѣсь для роста ея существуетъ меньше препятствій, чѣмъ по направленію къ зубу и деснѣ. Кость раздувается обыкновенно кнаружи, а если опухоль нижней челюсти началась въ окружности зуба мудрости, то особенно часто поражается восходящая вѣтвь. Обыкновенно ростъ опухоли не бываетъ равномернымъ. Долгое время она прибываетъ медленно, а затѣмъ ростъ ускоряется.

Изъ сопоставленія 26-ти случаевъ адамантинной аденомы видно, что въ преобладающемъ числѣ поражена бываетъ нижняя челюсть—25 разъ. Нѣтъ ни одного обстоятельства, которое въ достаточной мѣрѣ рѣшало бы вопросъ объ этомъ коренномъ различіи въ патологіи обѣихъ челюстей. Врядъ ли можно подозревать здѣсь вліяніе подвижности нижней челюсти и большее предрасположеніе ея къ травмѣ. Правда, въ нѣкоторыхъ наблюденіяхъ травма указывается, со словъ больныхъ, въ числѣ этиологическихъ моментовъ, но можно думать,—не о случайностяхъ ли идетъ тутъ дѣло. Правая сторона поражается нѣсколько чаще, чѣмъ лѣвая:

Правая сторона поражена 14 разъ.

Лѣвая » » 9 разъ.

Средняя часть » 2 раза.

и 1 разъ точно не указана сторона пораженія. Въ числѣ больныхъ преобладаетъ женскій полъ: изъ 26 больныхъ—женщинъ—18, мужчинъ—8.

По возрасту распредѣляются такъ:

	женщинъ	мущинъ
до 20-ти лѣтъ	2	3
отъ 20-ти до 30 л.	7	2
отъ 30-ти до 40 л.	5	1
свыше 40 лѣтъ	4	2

Но если въ основаніе таблицы взять возрастъ, когда были замѣчены первые признаки развитія опухоли, то получится слѣдующее:

	женщинъ	мущинъ
до 20-ти лѣтъ	7	6
до 30 » »	8	1
свыше 30 лѣтъ	3	1

Самый ранній срокъ появленія опухоли встрѣтился у мальчика и дѣвочки 6-ти лѣтъ; самый поздній у женщины—48 л. и у мужчины—40 лѣтъ.

Преобладающею формою адамантинныхъ аденомъ бываютъ пролиферирующія кисты. Чтобы объяснить механизмъ возникновенія опухоли въ нѣкоторыхъ случаяхъ, Albarran *) приводитъ старое понятіе Serres'a объ *iter dentis*; вслѣдствіе аномалій въ расположеніи послѣдняго происходитъ задержаніе зуба; задержанный или неправильно прорѣзывающійся зубъ начинаетъ давить на остатки зубообразовательнаго эпителия, подъ вліяніемъ чего они разрастаются и производятъ опухоль. Но задержаніе и смѣщеніе зуба вовсе не обязательно сопровождается развитіемъ вокругъ него опухоли,—это во первыхъ,

*) L. c. p. 457.

а во вторыхъ, не доказано, что-бы роль шнурка, называемаго *iter dentis*, состояла въ указаніи зубу дороги.

Говоря о причинахъ развитія челюстныхъ кистъ, я хотѣлъ бы вспомнить объ образовательныхъ процессахъ другого рода, наступающихъ иногда при прорѣзываніи зуба мудрости. Случается, что при этомъ наблюдаютъ, на ряду съ рефлексорными припадками, развитіе нагноенія и особую форму гипертрофическаго остита, при которомъ нижняя челюсть можетъ принять громадныя размѣры. Cornudet *) въ своей работѣ старается поставить всю группу явленій при неправильномъ прорѣзываніи зуба мудрости въ исключительную зависимость отъ инфекціи, но подобное мнѣніе должно считаться преувеличеннымъ. При инфекціи, чрезъ вскрывшуюся надъ зубомъ десну, можно ожидать перехода воспаленія съ десенъ на кость, можно ожидать послѣдовательнаго некроза и развитія секвестральной капсулы, — вообще всего, что можетъ наблюдаться при воспаленіи челюстей и въ обычныхъ условіяхъ. Но для того, чтобы подѣйствіемъ инфицирующихъ началъ произошло громадное новообразование костной губчатой массы, нужно особое состояніе тканей по сосѣдству съ прорѣзывающимся зубомъ; въ этихъ случаяхъ слѣдуетъ признать бѣольшую образовательную способность ихъ, хотя мы и не скажемъ, какими тонкими фізіолого-химическими, или нервными процессами въ тканяхъ она вызывается. Большая часть челюстныхъ кистъ начинаетъ свое развитіе также въ періодъ прорѣзыванія зубовъ; поэтому можно сопоставлять возникновеніе опухолей съ только что описанными явленіями, но, придется сознаться, и здѣсь первоначальная причина совершенно темна и скрыта отъ насъ.

Сравненіе двухъ послѣднихъ разсмотрѣнныхъ кистъ съ первой тотчасъ же указываетъ большую разницу между ними. Если спеціальныя образованія, свойственныя различнымъ моментамъ развитія зубовъ, рѣзко выражены въ тѣхъ опухоляхъ

*) Цит. по Heydenreich'у l. c. p. 127.

то здѣсь, напротивъ, эпителий не имѣетъ никакого сходства съ зубнымъ эпителиемъ. Сама киста будетъ зубною лишь потому 1), что въ полость ея вросъ зубъ и 2), что этимъ обстоятельствомъ, вѣроятно, и вызвано ея развитіе. Характерный элементъ эпителиальнаго слоя кисты составляетъ трубчатый ходъ; и можно догадываться, что происхожденіе кисты связано съ трубчатыми железами, существующими въ оболочкѣ пазухи верхней челюсти. Въ литературномъ очеркѣ кратко упомянуты труды Giralès и Luschka, установившіе фактъ существованія железъ въ слизистой оболочкѣ пазухи и развитія изъ этихъ железъ ретенціонныхъ кистъ. Легко видѣть, что новообразование, встрѣтившееся мнѣ, не относится къ простымъ ретенціоннымъ кистамъ. Напротивъ, въ немъ всюду замѣтны явленія пролифераціи. Многія альвеолы сплошь забиты эпителиальными клѣтками, трубчатые ходы имѣютъ очень малый просвѣтъ, часто замкнутый коллоидной пробкой, и наконецъ веретенообразныя клѣтки разрастаются во много слоевъ. Эти патолого-анатомическія явленія характеризуютъ железистую аденому, съ чѣмъ вѣроятно мы и имѣемъ дѣло. Пролиферація веретенообразныхъ клѣтокъ не составляетъ патолого-анатомическаго явленія, особенно характернаго для аденомы; но всетаки я считаю нужнымъ указать на то, что цуги веретенообразныхъ клѣтокъ въ аденомахъ грудной железы встрѣчаются довольно часто и имѣютъ тамъ правильное круговое расположеніе, какъ будто они произошли путемъ гипертрофіи основной железистой перепонки. Подобныя отношенія наблюдаются и въ рассматриваемой кистѣ, какъ можно видѣть на 4-мъ рисункѣ; эпителий укладывается перпендикулярно къ ходамъ веретенообразныхъ клѣтокъ и ограничиваетъ какъ-бы железистый просвѣтъ.

Часто эпителиальные элементы лежатъ и сплошной массой. Возможно ли такое расположеніе въ типической аденомѣ? Въ этомъ отношеніи взгляды наиболѣе опытныхъ изслѣдователей

не всегда согласны. Билльротъ ⁴⁹⁾ говорить, что «для характеристики аденомъ весьма существенно образованіе железистыхъ пузырьковъ съ развитіемъ полыхъ пространствъ» *), но допускаетъ и такіе случаи, гдѣ при быстромъ ростѣ полныя пространства не успѣваютъ образовываться. Риндфлейшъ ⁵⁰⁾ указываетъ, что въ аденомахъ клѣтки «большею частью сгруппированы вокругъ центральной оси, какъ будто онѣ окружаютъ просвѣтъ настоящей трубки, но, въ дѣйствительности, просвѣтъ или вовсе не существуетъ, или онъ существуетъ мѣстами и закупоренъ слизистой или коллоидной массой» **).

Мнѣ кажется, что это разногласіе легче всего выяснить, узнавъ, является ли железистая ткань въ аденомѣ сразу въ развитой формѣ, или пузырьки первоначально продѣлываютъ исторію развитія, свойственную и типическимъ железамъ. Кажется нельзя сомнѣваться, что вѣрнымъ будетъ второе предположеніе. Зубъ въ дермоидной кистѣ развивается такимъ же путемъ, какъ и на нормальномъ мѣстѣ въ челюсти зародыша. Новообразованія не составляютъ для организма чего либо чуждаго и растутъ по общимъ законамъ жизни клѣтокъ и тканей. Если же пузырьки растущей аденомы должны переживать начальную стадію,—сплошной закладки, то при изслѣдованіи аденомы могутъ встрѣтиться и сплошныя кучки эпителія. Все будетъ зависеть отъ того, на какія участки опухоли упадетъ срѣзъ, и какъ скоро опухоль переживаетъ стадію сплошной закладки. Этотъ вопросъ особенно хорошо освѣщается изученіемъ двухъ предъидущихъ адамантинныхъ аденомъ. Въ одной и той же опухоли, часто на одномъ срѣзѣ, размѣромъ въ какіе-нибудь $\frac{1}{2}$ кв. см., можно наблюдать эпителіальныя образованія разныхъ сроковъ развитія,—или какъ сплошной ходъ эпителіальныхъ клѣтокъ, или какъ совершенный эмалевый органъ.

*) Билльротъ. I. с. стр. 85.

**) Риндфлейшъ. I. с. стр. 187.

Мнѣ кажется, что рассматриваемую опухоль, не смотря на присутствіе сплошныхъ эпителиальныхъ островковъ, слѣдуетъ считать пролиферирующей трубчатой кисто-аденомой Гайморовой полости, въ соотвѣтствіи съ чѣмъ стоитъ и ея клиническая картина доброкачественной опухоли. Другой вопросъ,—произошла-ли полость кисты эксцентрически, начавшись по сосѣдству съ зубомъ въ глубокихъ слояхъ слизистой оболочки, или она представляетъ собою предъобразованную Гайморову полость съ аденоматознымъ разлитымъ превращеніемъ ея слизистой оболочки, теперь рѣшить трудно. И то, и другое имѣетъ аналогіи въ прочихъ органахъ тѣла,—и въ томъ, и въ другомъ случаѣ опухоль представляетъ собою, повидимому, еще не описанную рѣдкую находку. Причиной развитія кисты, можетъ быть, послужилъ зубъ, смѣстившійся и прорѣзавшійся въ Гайморову полость.

Такимъ образомъ, независимо отъ адамантинныхъ аденомъ, въ верхней челюсти могутъ встрѣчаться пролиферирующія кисты, имѣющія источникомъ происхожденія трубчатая железа Гайморовой пазухи; этотъ видъ опухолей наблюдается рѣдко и врядъ-ли легко можетъ быть діагносцированъ при жизни.

Клиническая картина челюстныхъ кистъ будетъ очень разнообразна въ зависимости отъ срока развитія болѣзни. Въ большинствѣ случаевъ страданіе тянется нѣсколько лѣтъ, прежде чѣмъ больные рѣшатся подвергнуться кровавой операціи, и въ многолѣтній срокъ припадки болѣзни, разумѣется, могутъ и должны мѣняться. Обыкновенно начало болѣзни сказывается сильными невралгическими зубными болями. И паціентъ, и врачъ рѣшаются пожертвовать однимъ и даже нѣсколькими зубами, но часто бесполезно,—боли не прекращаются и остаются столь же загадочными, пока въ скоромъ времени не наступятъ объективные припадки опухоли челюсти. Иной разъ зубы бываютъ поражены костоѣдой, и больные въ числѣ начальныхъ явленій болѣзни указываютъ на повторные нарывы десенъ и

надкостницы челюсти. Существованіе невралгическихъ болей при возникновеніи кисты не трудно объяснить обиліемъ нервовъ въ мѣстѣ первичнаго возникновенія опухоли,—при корняхъ зубовъ или въ ихъ ближайшей окружности. Нервные вѣтви должны подвергаться давленію въ неуступчивой кости и этимъ давать поводъ къ появленію болей. Обыкновенно въ извѣстномъ періодѣ роста кисты боли прекращаются; возможно, что прекращеніе бываетъ связано съ перерожденіемъ нервныхъ волоконъ, или въ этомъ направленіи вліяетъ исчезновеніе кости, превращающейся при ростѣ опухоли въ тонкую пластинку.

Но здѣсь мы уже переходимъ ко второму періоду развитія челюстной кисты, когда она проявляется объективными признаками. Пролиферирующія кисты челюстей возникаютъ центрально (ср. случай 18). При своемъ ростѣ опухоль раздвигаетъ и утончаетъ пластинки челюсти, вслѣдствіе чего послѣдняя превращается въ тонкую костную капсулу. Адамантинная аденома не прорастаетъ кость, какъ нѣкоторые виды саркомъ и раковъ; благодаря этому, она всегда отграничена отъ сосѣднихъ мягкихъ частей костной капсулой, которая, впрочемъ, по мѣстамъ можетъ состоять лишь изъ волокнистой періостальной перепонки. Костная капсула при надавливаніи даетъ явленіе, такъ называемаго пергаментнаго хруста; но въ немъ нѣтъ ничего патогномоничнаго для челюстныхъ кистъ; надо помнить, что въ 1) этотъ признакъ встрѣчается и въ другихъ центральныхъ, капсулированныхъ челюстныхъ опухоляхъ, а во 2) иной разъ капсула бываетъ толста и не поддается подъ давленіемъ пальца (Mikulicz⁴⁴, Левшинъ).

Другой рядъ явленій при ростѣ пролиферирующей кисты наблюдается со стороны зубовъ и обусловливается близостью мѣста возникновенія опухоли къ зубнымъ корнямъ. Зубы рано начинаютъ расшатываться и выпадаютъ; а такъ какъ корни зубовъ часто погружены непосредственно въ полость кисты, то вслѣдъ за выпаденіемъ зуба начинается постоянное исте-

ченіе слизистаго содержимага кисты,—остается отверстіе, фистула, черезъ которую можно ввести зондъ и ощупать стѣнки полости. Легко представить, что черезъ эти отверстія въ кисты проникають различные микроорганизмы, вызывающіе наступленіе гнилостныхъ процессовъ въ содержимомъ полостей, а изрѣдка—и нагноеніе мѣшковъ.

Нагноеніе составляетъ въ клиническомъ теченіи челюстныхъ кистъ третью группу припадковъ. Оно наблюдается обыкновенно въ позднихъ стадіяхъ болѣзни и ведетъ къ вскрытію нарывовъ въ полость рта или наружу. При этомъ могутъ развиваться серьезныя общія явленія съ высокой лихорадкой, какъ при нагноительныхъ процессахъ и въ другихъ областяхъ тѣла. Обычно вслѣдъ за вскрытіемъ нарыва остается фистула, не перестающая долгое время выдѣлять слизистый гной; при случайныхъ закупоркахъ ея возможно развитіе новыхъ нарывовъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ нагноеніе наступаетъ въ жестокой формѣ, поражаетъ сохранившіеся еще остатки челюсти и можетъ имѣть своимъ послѣдствіемъ даже некрозъ кости (Redier ⁵¹).

Такимъ образомъ, невралгическія боли, присутствіе капсулированной опухоли челюсти, выпаденіе зубовъ, присутствіе выдѣляющихъ слизистый гной фистулъ будутъ характеризовать клиническую картину и теченіе пролиферирующихъ челюстныхъ кистъ.

Раковыя и саркоматозныя опухоли при своемъ распаденіи ведутъ къ образованію язвъ, а не фистулъ, и этимъ различіемъ можно съ успѣхомъ пользоваться при дифференціальной діагностикѣ пролиферирующихъ кистъ челюстей; послѣднее-же діагностическое средство составляетъ пробный проколъ, рекомендованный еще Дируйтген'омъ. Качество жидкости, которую можно получить при проколѣ, будетъ различно въ зависимости отъ того, нагноилась киста или нѣтъ. Можно получить чистый гной, слизисто-гнойную, тянущуюся въ нити, жидкость и, наконецъ, безцвѣтную, прозрачную коллоидную жидкость.

Въ большинствѣ случаевъ въ ней находятъ много кристалловъ холестеарина. Büchtemann такъ описываетъ свойства содержимаго полостей въ изслѣдованной имъ многокамерной кистѣ: «содержимое кистъ составляется болѣе или менѣе густой, клейкой и тянущейся въ нити жидкостью; на воздухѣ она не свертывается. Менѣе густое содержимое одной бѣльшей кисты растворяется въ водѣ; абсолютный алкоголь вызываетъ образованіе бѣлаго свертка; концентрированная уксусная кислота вызываетъ муть, исчезающую при дальнѣйшемъ прибавленіи. Въ содержимомъ одной кисты найдено множество кристалловъ холестеарина» *).

Зная о существованіи и свойствахъ пролиферирующихъ челюстныхъ кистъ, можно и при этихъ немногихъ указаніяхъ сдѣлать правильное распознаваніе болѣзни, и тогда весь вопросъ будетъ состоять лишь въ выборѣ оперативнаго метода для лѣченія.

Предоставлять опухоль ея естественному теченію нераціонально. Въ позднѣйшихъ періодахъ болѣзни, помимо причиняемаго безобразія, наблюдаются различныя разстройства, стѣсняющія рѣчь и жеваніе, а при обильномъ нагноеніи легко наступаетъ истощеніе больного и хроническая септицемія, особенно, если гнилостно-гнойная жидкость выдѣляется въ ротъ и проглатывается. Въ случаяхъ запущенныхъ ничего не остается, какъ дѣлать вылуценіе или резекцію пораженной части челюсти; радикальная операція удаляетъ сразу всю инфицированную массу новообразованія, а частичныя операціи могутъ имѣть неблагоприятное послѣдовательное теченіе, вслѣдствіе трудности удержать рану въ безгнилостномъ состояніи. Въ болѣе раннихъ періодахъ можно пытаться предпринимать частичныя операціи (случаи Bayer'a, Heath'a), но тогда больныхъ надо предупреждать о возможности возврата. Лучше всего поступать какъ

*) Büchtemann. l. c. s. 250—251.

Gussenbauer (Bayer, случай 15): «послѣ вырѣзыванія костными ножницами куска изъ костной капсулы, все содержимое кисты, состоявшее изъ капсулированной, нѣсколько бугристой опухоли, величиною со сливу, было отскоблено распаторомъ и удалено. Осталось лишь отдѣлить тонкую перепонку съ внутренней поверхности костной капсулы» *).

Что касается моего случая кисты Гайморовой полости, то здѣсь самая умѣстная операція состояла бы въ обнаженіи опухоли, въ вырѣзываніи куска изъ костной капсулы и въ удаленіи мѣшка опухоли тупымъ путемъ. Мѣшокъ срослся съ капсулою слабо, и отдѣленіе его не представляло труда. Послѣ удавшагося вылуценія, кожную рану надо было-бы сшить наглухо, предварительно устроивъ дренажъ полости черезъ соотвѣтственный носовой ходъ.

Въ заключеніе считаю своимъ долгомъ благодарить профессора Л. Л. Левшина за предоставленіе мнѣ матеріала изъ его клиники и профессора Н. М. Любимова за совѣты и указанія, которыми я руководился въ этой работѣ.

*) Bayer. l. c. s. 402.

ОБЪЯСНЕНИЕ РИСУНКОВЪ *)

Т а б л и ц а I.

Рис. 1. Киста Гайморовой полости, раздѣленная на двѣ половины. *а*—зубъ, прорѣзавшійся въ Гайморову полость; *б*—эпителиальный слой, выстилающій внутренность кисты; представленъ только частью. *в*—удаленная съ опухолью передняя истонченная пластинка челюстной кости.

Натуральная величина.

Рис. 2. Поперечный разрѣзъ эпителиального слоя кисты. *а*—волокнистая основа кисты, граничащая съ эпителиальнымъ слоемъ. *б*—альвеола, сплошь заложена эпителиальными клѣтками. *в*—ходы веретенообразныхъ клѣтокъ, окружающіе альвеолы. *г*—микроскопическая киста, выложенная однимъ слоемъ цилиндрическаго эпителия. *д*—альвеола, къ одному краю выполненная трубчатыми эпителиальными образованіями. *е*—трубчатый ходъ, перерѣзанный по длинной оси. *з*—глыбка, состоящая изъ концентрическихъ наслоеній. *к*—альвеола, въ которой эпителий подвергся полному перерожденію. *л*—безструктурныя глыбки по периферіи альвеолъ. *м*—зернистая масса, въ которой при сильномъ увеличеніи распознаются кое-гдѣ слабо окрашивающіяся эпителиальныя клѣтки.

Hartnak 4, ок. 2.

Т а б л и ц а II.

Рис. 3. Участокъ предыдущаго препарата,—перерожденіе эпителия альвеолъ. *а*—ходы веретенообразныхъ клѣтокъ. *б*—

*) Рисунки, за исключеніемъ перваго, сдѣланы студентомъ Н. В. Соловскимъ.

неясно видный просвѣтъ сосуда, заполненный красными кровяными шариками. *в*—участокъ перерожденнаго эпителія. *г*—сосудистый просвѣтъ.

Leitz 7, ок. 2.

Рис. 4. Отдѣльныя большія и малыя альвеолы, обложенныя цугами веретенообразныхъ клѣтокъ. Нижнія имѣютъ просвѣтъ.

Leitz 7, ок. 2.

Рис. 5. Изъ второй опухоли. Переходъ эпителіальнаго шнурика въ кисту (рис. 7 *а*, *б*).

Leitz 7, ок. 2.

Т а б л и ц а III.

Рис. 6. Поперечный разрѣзъ одного изъ кусковъ многокамерной кисты челюсти. *а*—остатокъ нижняго края челюсти. *б*—сохранившаяся на опухоли ворсистая слизистая оболочка десны. *в*—киста съ кашицеобразнымъ содержимымъ; часть послѣдняго удалена. *г*—поверхностно лежащія щелевидныя кисты костная капсула надъ ними отсутствуетъ. *д*—участокъ ткани, пронизанной малыми кистами.

$\frac{5}{6}$ натуральной величины.

Рис. 7. Скомбинированный рисунокъ съ одного препарата размѣромъ въ $\frac{1}{2}$ кв. сант. изъ второй опухоли. *а*—эпителіальный зигзагообразный шнурокъ, расширяющійся въ кисту (*б*). *в*, *в*—сплошныя эпителіальныя закладки, напоминающія форму сапога или лапки животнаго. *г*—косо перерѣзанный эпителіальный шнурокъ съ пріостренными концами. *д*—участокъ слизистой ткани. *е*—ходы эпителія, ограничивающіе кругловатые островки слизистой ткани (*л*); такіе же островки видны въ правой половинѣ большой кисты (*б*) и въ другихъ образо-

ваніяхъ (в). *к*—эпителіальное образованіе съ краевыми цилиндрическими клѣтками и съ начинающимся перерожденіемъ эпителия, лежащаго внутри.

Leitz 3, ок. 2.

Т а б л и ц а IV.

Рис. 8. Изъ стѣнки третьей кисты. Эпителіальное образованіе, напоминающее эмалевый органъ. По краю рядъ цилиндрическихъ эпителіальныхъ клѣтокъ; внутри угловатые и уплощенные элементы, мѣстами соединяющіеся между собой отростками. Слой соединительной ткани кругомъ эпителия имѣетъ концентрическое расположеніе.

Leitz 7, ок. 2.

Рис. 9. Изъ стѣнки третьей кисты. Эпителіальное образованіе, напоминающее первичную, эпителіальную зубную закладку. Въ вытянутомъ концѣ краевой эпителий имѣетъ цилиндрическую форму; внизу образованіе двухъ новыхъ почекъ; въ эпителии заложенъ круглый ходъ соединительной ткани.

Leitz 7, ок. 2.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Reynaud. Etude sur les kystes du maxillaire inférieur. 1874.
2. Albarran. Revue de chirurgie. 1888. №№ 6, 9.
3. Jourdain. Traité des maladies chirurgicales de la bouche. 1778. T. I. p. 106—129, T. II. p. 127.
4. Delpech. Précis élémentaire des maladies réputées chirurgicales. 1816. T. III. p. 440—443.
5. Delpech. Chirurgie clinique de Montpellier. 1828. T. II p. 119—143.
6. Dupuytren. Leçons orales de clinique chirurgicale. 1833. T. III. p. 1—26.
7. Herissant. Nouvelles recherches sur la formation de l'émail. Histoire de l'Acad. royale. 1754.
8. Broca. Traité des tumeurs. 1869. T. II, p. 35—37.
9. Magitot. Gazette des hopitaux. 1869., p. 245, 250. Bul. et mem. de la soc. de chir. de Paris 1878., p. 410.
10. Хелиусъ. Хирургія. 1845. Ч. 4. стр. 35.
11. Emmert. Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 1860. B. I. s. 411.
12. О. Веберъ. Болѣзни лица въ рук. Питы и Бильрота. 1868. т. I, ч. III.
13. Вирховъ. Ученіе объ опухоляхъ. пер. 1866.
14. Verneuil. Annales de gynécologie. 1875. T. IV, p. 62.
15. Legros et Magitot. Journal de l'anatomie, publié par Robin. 1873. p. 449.
16. Magitot. Annales de gynécologie. 1875. T. IV, p. 81, 161.
17. Busch. Berl. klin. Wochenschr. 1877. s. 178.
18. Kolaczek. Langenbeck's Archiv. 1877. B. 21, s. 442.
19. Falkson. Virchow's Archiv. 1879 B. 76. s. 504.
20. Bryk. Langenbeck's Archiv. 1880 B. 25. s. 791.
21. Bayer. Prager medic. Wochenschr. 1884. №№ 39, 40, 41.
22. Trzebicky. Zeitschr. für Heilkunde. 1885. B. VI. s. 341.
23. Büchtemann. Langenbeck's Archiv. 1881. B. 26, s. 249.
24. Malassez. Archives de physiol. norm. et pathol. 1885. T. 5 et 6.
25. Кѣлликеръ. Ученіе о тканяхъ. 1865. стр. 413—442.
26. Allgayer. Beiträge z. klin. Chir. v. Bruns. B. II. s. 427.
27. Derujinsky. Wiener klin. Wochenschr. 1890. №№ 40, 41.
28. Nasse. Verhand. deut. Chir. XIX Congress. s. 129.
29. Kruse. Virchow's Archiv. B. 124. H. I.
30. Heath. Lesions et malad. des machoires. Trad. de l'anglais. 1889.
31. Монастырскій. Хирур. Вѣст. 1888. стр. 405.
32. Neumann. Langenbeck's Archiv. B. 9. s. 221.

33. **Perrier.** Kystes follic. des machoires. Thèse. 1878.
34. **Giraldès.** Virchow's Archiv. B. 9. s. 463.
35. **Luschka.** Virchow's Archiv. B. 8. s. 419.
36. **Marchant.** Essai sur les kystes muqueux du sinus maxillaire. Thèse. 1868.
37. **Werhner.** Langenbeck's Archiv. B. 19. s. 535.
38. **Zuckermandl.** Norm. und pathol. Anat. der Nasenhöhle. 1882. s. 101—161.
39. **Тилльманнсъ.** Рук. къ част. хир. 1891. стр. 239.
40. **Савостицкій.** Лѣт. Хир. Общ. т. I, стр. 509.
41. **Andeer.** Centrbl. med. Wissenschf. 1884. s. 193.
42. **Haug.** Zeitschr. f. wissenschaft. Microscopie. B. VIII. s. 1—11.
43. **Земляницынъ.** Къ исторіи происх. амилоид. тѣль въ предстат. железнъ
Дис. 1876.
44. **Mikulicz.** Wiener medic. Wochenschr. 1876. №№ 39, 44.
45. **Jeannel.** Bul. et Mem. de la soc. de Chir. de Paris 1886. T. XII, p. 628.
46. **Heydenreich.** Machoires, in Traité de chirurgie Duplay et Reclus T. V. 1891.
47. **Birnbaum.** Deut. Zeitschr. f. Chir. B. 28 s. 545.
48. **Николаевъ.** Къ исторіи развитія зубовъ. Дис. 1871.
49. **Билльротъ.** Болѣзни грудныхъ железнъ въ рук. Билльрота и Люкке. отд.
10. 1881.
50. **Риндфлейшъ.** Руководство патологической гистологіи. 1889.
51. **Redier.** Bull. et mem. de la Soc. de Chir. de Paris T. VI. 1880. p. 693.

О П Е Ч А Т К И.

Стр. 54, столб. 7 напеч.: послѣ зарожденія; слѣдуетъ: послѣ рожденія.

Стр. 77, стр. 6 снизу напечатано: ок. 2; слѣдуетъ: ок. 3.

Стр. 78 и 79 напечатано: ок. 2; слѣдуетъ: ок. 1.

Рис. 1.

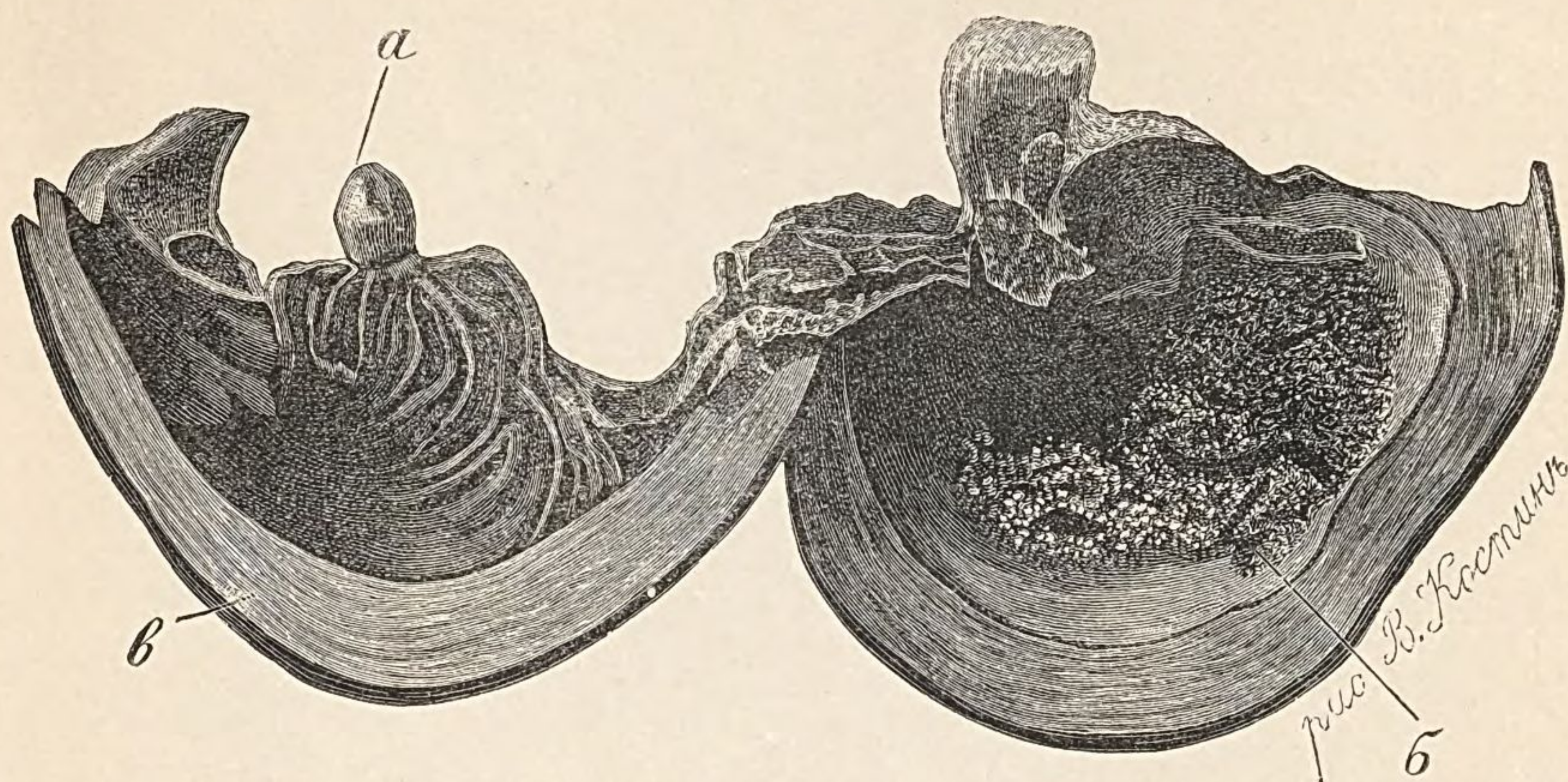


Рис. 2.

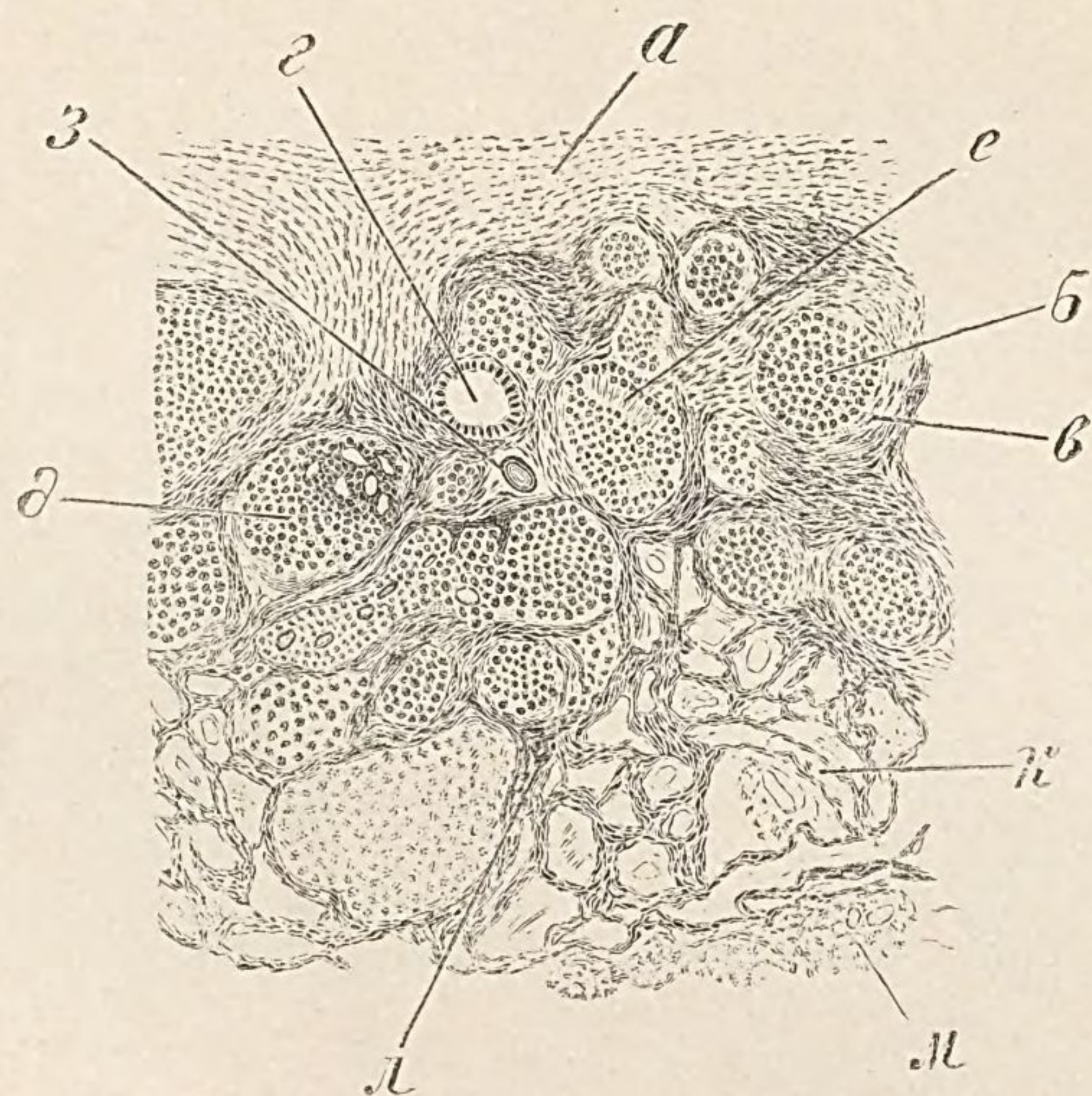


Рис. 3.

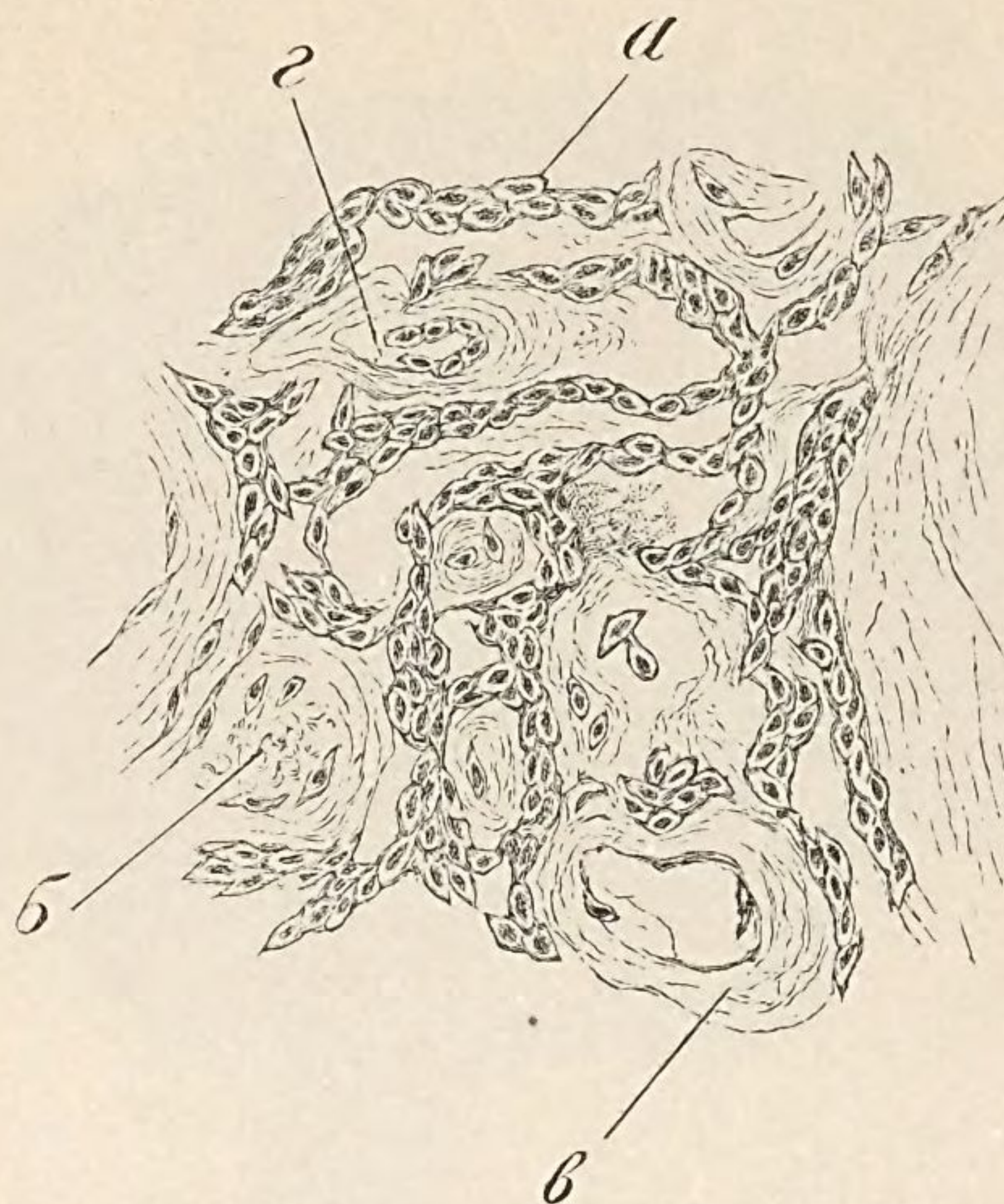


Рис. 4.

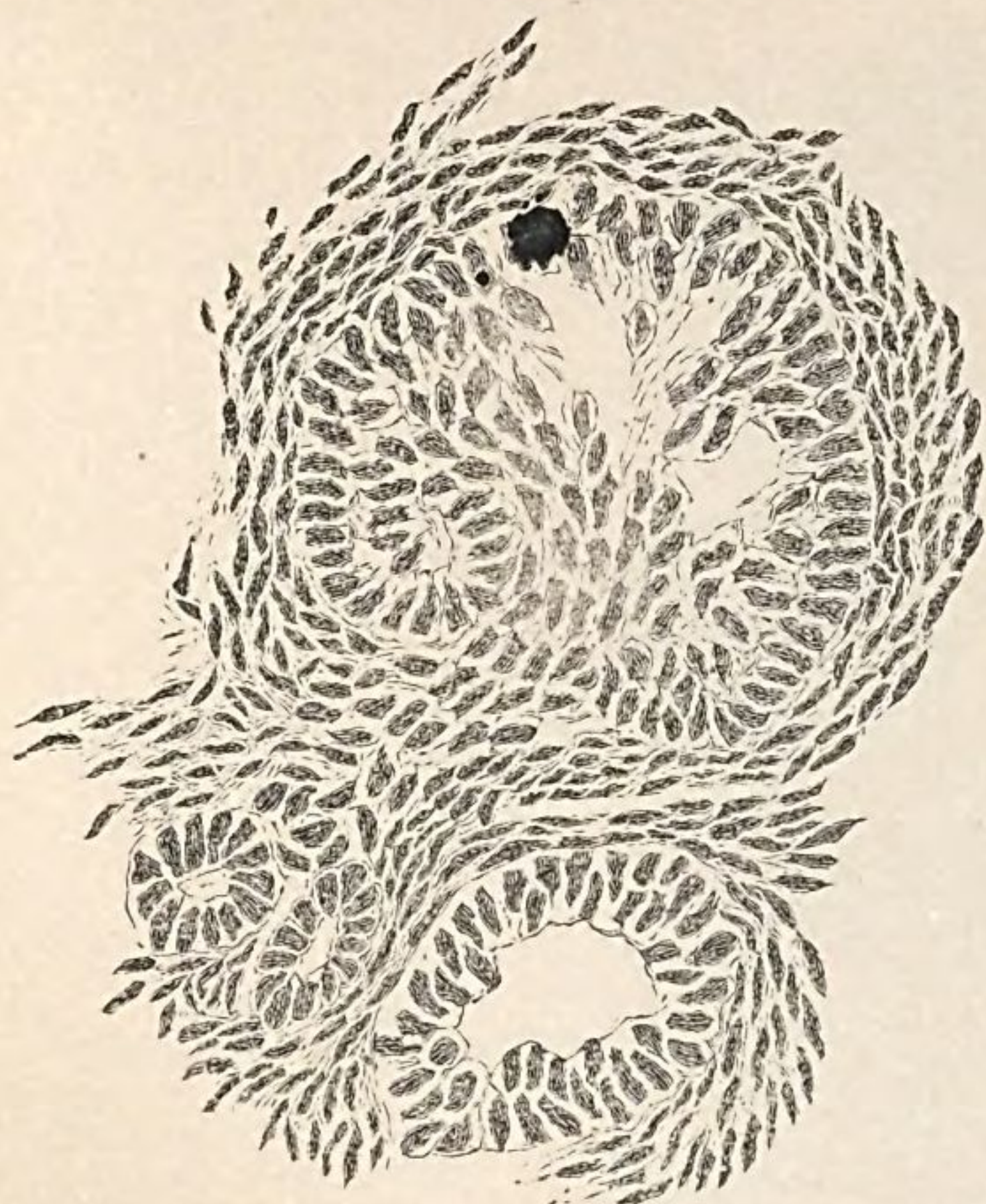
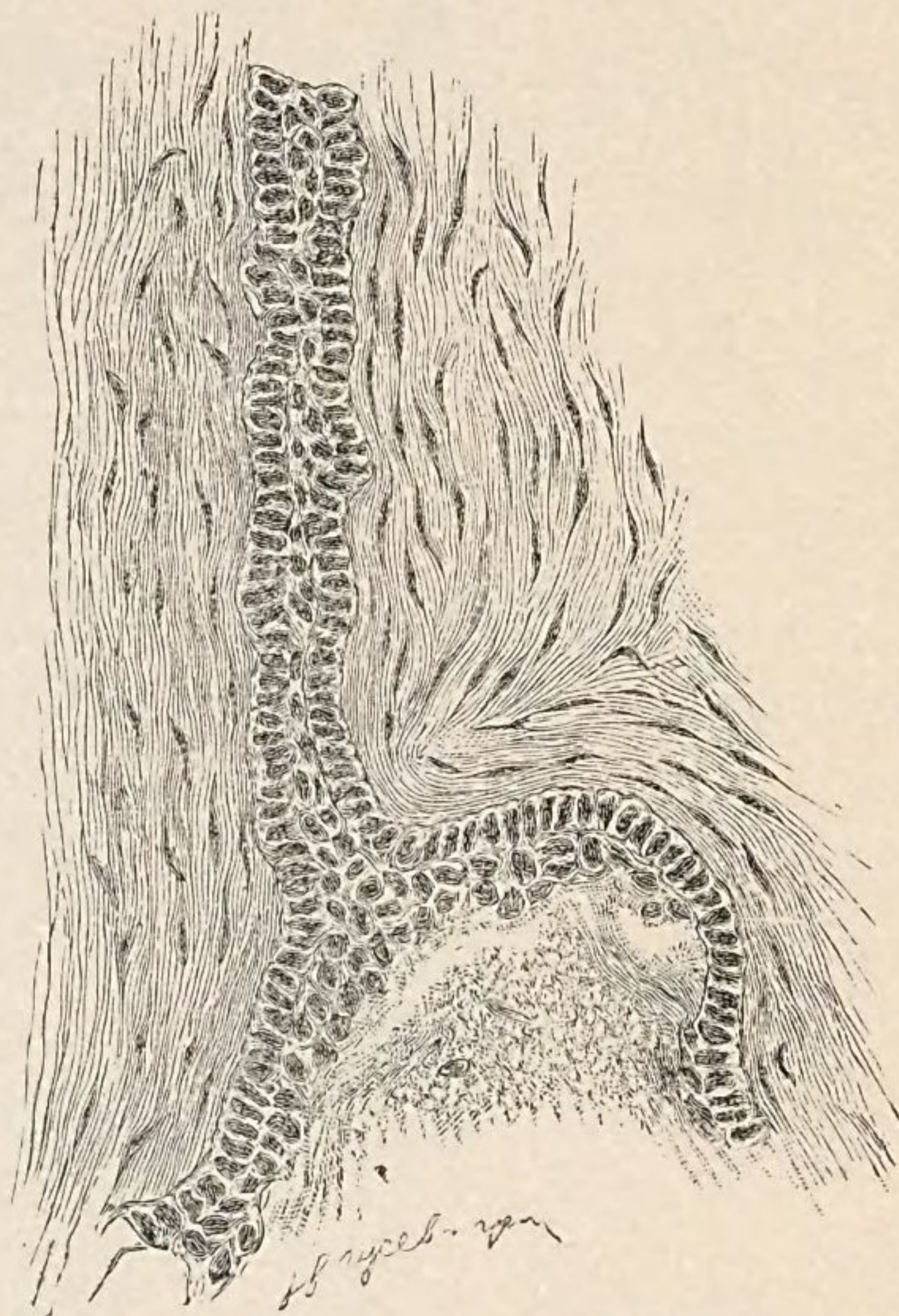


Рис. 5.



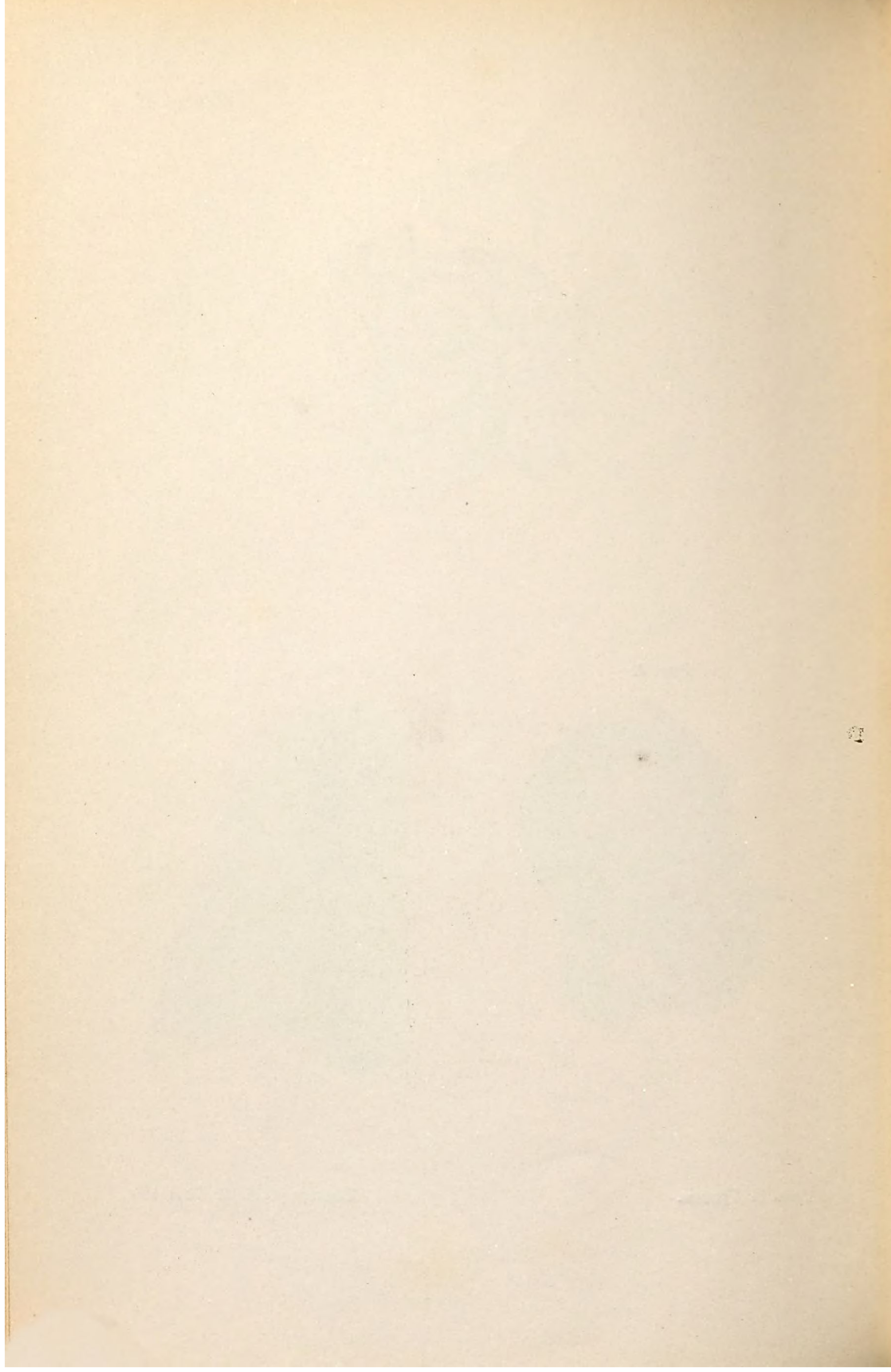


Рис. 6.

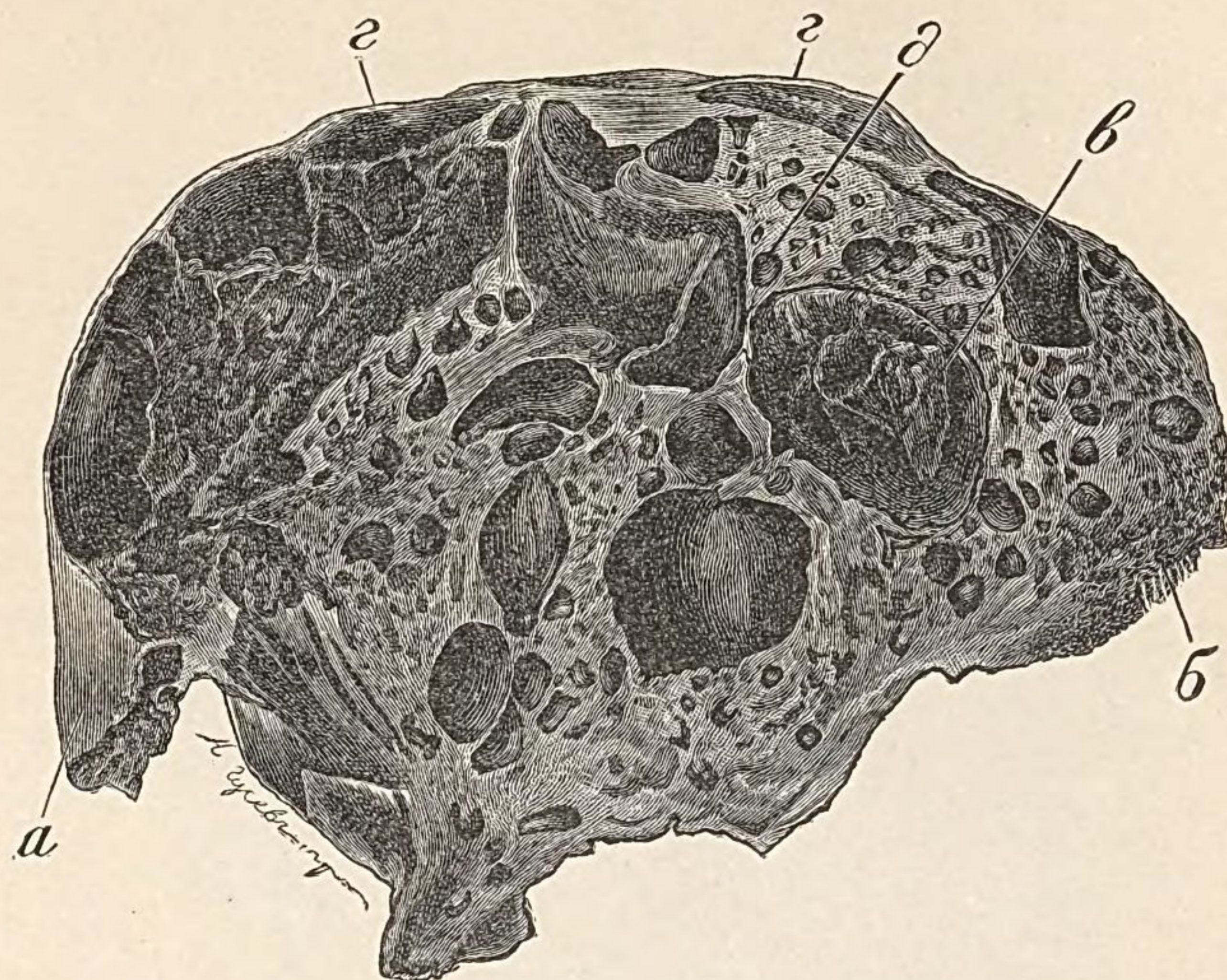


Рис. 7.

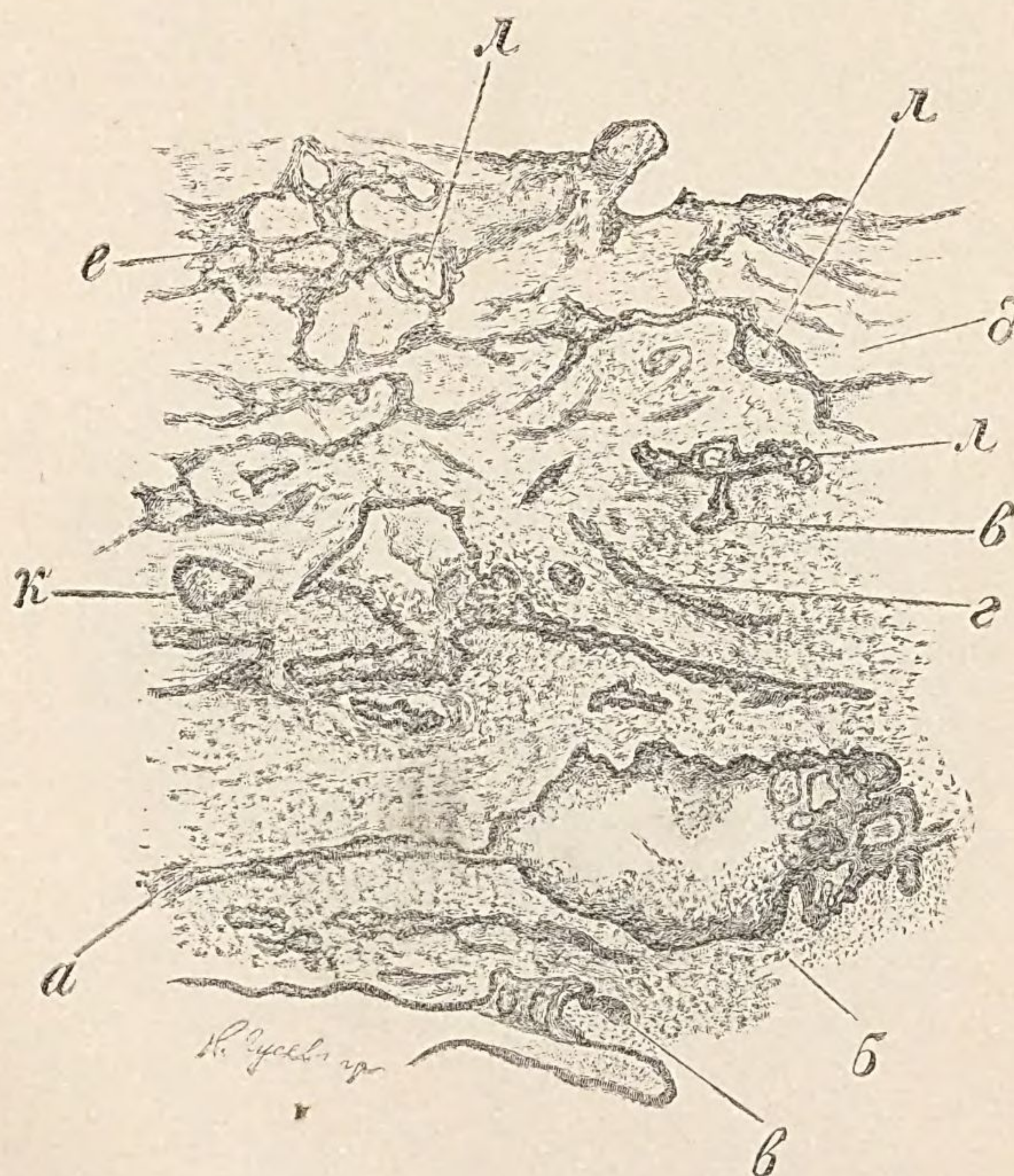


Рис. 8.

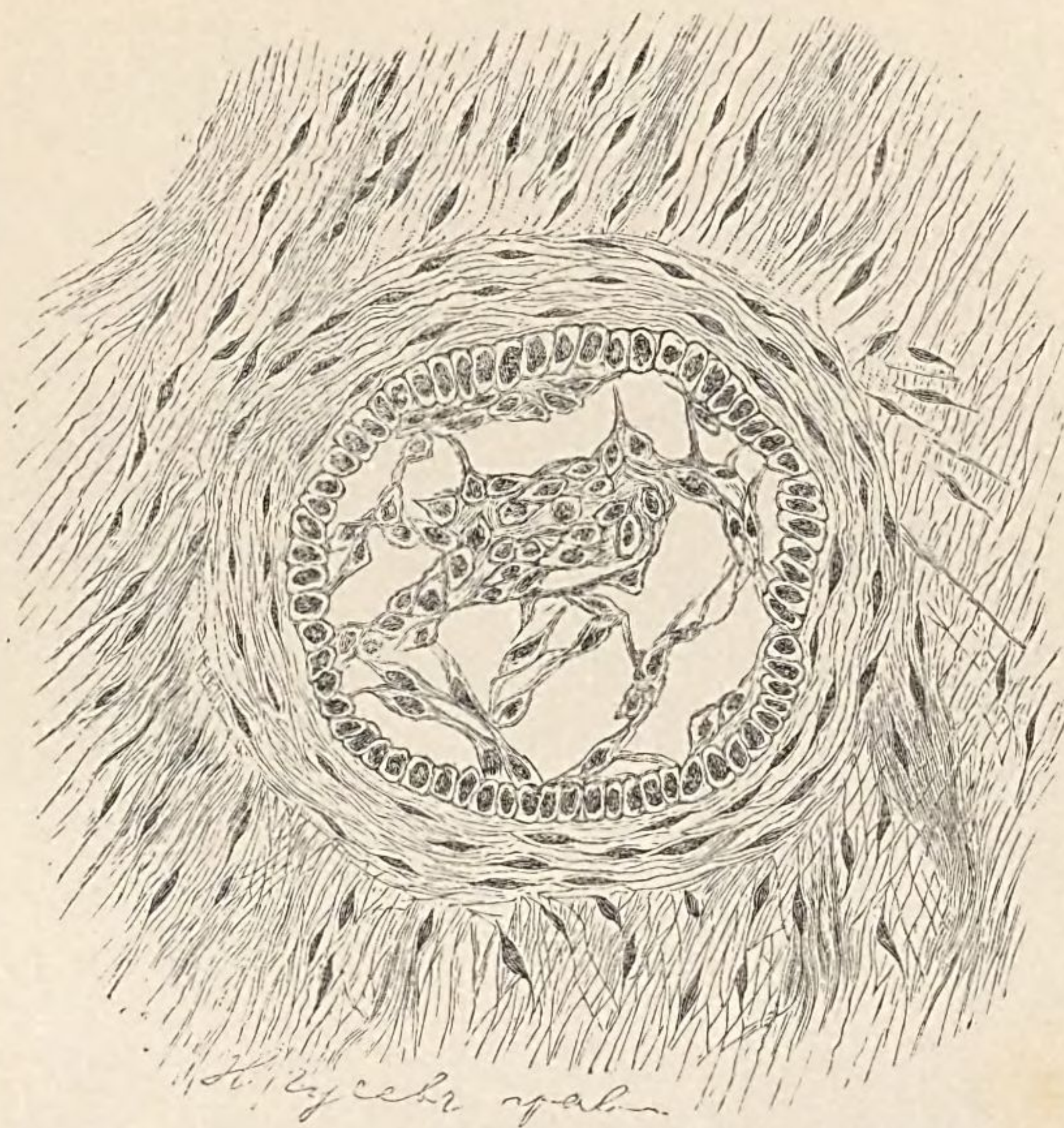
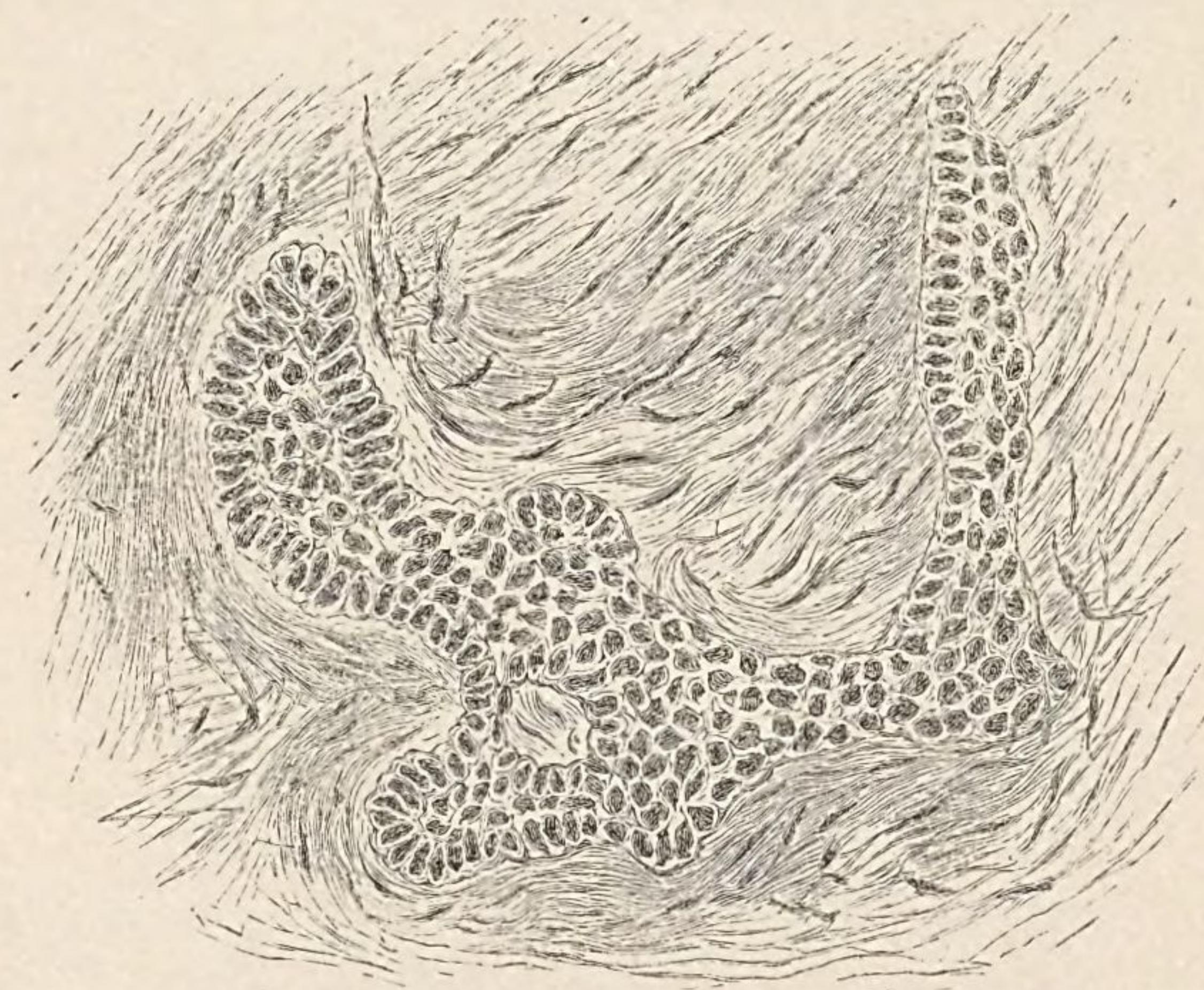


Рис. 9.



ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Въ строеніи пролиферирующихъ кистъ челюстей повторяется типъ зубной эпителиальной закладки.
2. Кисты, развивающіяся въ Гайморовой пазухѣ, происходятъ изъ железъ ея слизистой оболочки.
3. Общимъ способомъ лѣченія гнойныхъ плевритовъ должна быть pleurotomia.
4. При резекціи колѣннаго сустава слѣдуетъ избѣгать примѣненія Эсмархова жгута.
5. Въ жаркіе лѣтніе дни температура тѣла у отравленныхъ бѣленой можетъ достигать 40 и болѣе градусовъ, и повышение ея въ этихъ случаяхъ обусловливается параличемъ потоотдѣленія.
6. Студенты медицины въ теченіи университетскаго курса должны быть ознакомлены съ законоположеніями о дѣятельности врача въ присутствіи по воинской повинности.
7. Вывариваніе въ щелокѣ составляетъ простой и надежный способъ дезинфекціи бѣлья и одежды.

Лькаръ Н. Геркенъ.

Печатано по опредѣленію Медицинскаго Факультета. Казань, 6-го Марта 1892 года. Деканъ *К. Арнштейнъ*.

ТИПОГРАФІЯ Г. М. ВЕЧЕСЛАВА ВЪ КАЗАНИ.

PROLOGUE

1. The first thing I noticed when I stepped out of the car was the cold. It was a sharp, biting cold that seemed to penetrate my very bones. I shivered as I walked towards the entrance of the building, my hands tucked into my pockets for warmth.
2. The lobby was large and empty, with high ceilings and polished floors that reflected the light from the chandeliers. I felt a sense of isolation, as if I were the only person in the world. The silence was oppressive, and I could hear my own footsteps echoing off the walls.
3. As I moved further into the building, I noticed a few other people. They were dressed in formal attire, and their expressions were serious. I felt out of place among them, as if I had wandered into a world that was not my own.
4. The air was thick with a strange, unfamiliar scent. It was not pleasant, and it made me feel uneasy. I tried to ignore it, but it was always present, lurking in the corners of my mind.
5. The journey was long and arduous, filled with challenges and setbacks. I had to push myself to the limit, to keep going even when I wanted to give up. But I knew that I had to, for the sake of the people I loved.
6. The world was a cruel and unforgiving place, and I had to learn to survive in it. I had to become a part of the machine, to play the game that was set before me. I had to lose myself in the process, to become someone else.
7. The journey was not just a physical one, but a spiritual one as well. I had to confront my fears, my doubts, and my weaknesses. I had to find the strength within me to face whatever came my way.

THE END

Copyright © 1999 by [illegible]
All rights reserved.
Printed in the United States of America



Gerken, Nikolaj

K voprosu o proliferirujuščich kistach čeljustej i Gajmorovoj polosti

Kazan' 1892

Anat. 181 to

urn:nbn:de:bvb:12-bsb11549885-1